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

PLFSS 2024

SOMMAIRE

PLFSS 2024 - Annexe 9

Article 4 – Rectification du montant dit « M » pour 2023 6

Article 5 – Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier 12

Article 6 – Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs 38

Article 7 – Annuler la participation de l'Assurance Maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude 49

Article 8 – Simplification de l'organisation du recouvrement 56

Article 9 – Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux 85

Article 10 – Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'Etat 101

Article 11 – Simplification des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé 114

Article 17 - Déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins 127

Article 18 – Gratuité des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans sans prescription 137

Article 19 – Lutter contre la précarité menstruelle 147

Article 20 – Evolution des rendez-vous prévention aux âges clés de la vie 160

Article 21 – Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux 167

Article 22 – Inscription dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51 176

Article 23 – Réforme des financements médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé 197

Article 24 – Régulation permanence des soins dentaires et modalités de fixation des rémunérations de la permanence des soins effectuée par les sages-femmes et auxiliaires médicaux 247

Article 25 – Elargir les compétences des pharmaciens en matière de délivrance d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique – « TROD » (angine ou cystite) 255

Article 26 - Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé 266

Article 27 – Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés 274

Article 28 – Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou échange téléphonique 290

Article 29 – Réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux 298

Article 30 – Inciter au recours aux transports partagés *305*

Article 31 – Réforme du financement de l'Etablissement français du sang (EFS) *312*

Article 32 – Utilisation des préparations officinales spéciales dans le cadre du plan blanc *317*

Article 33 – Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement *324*

Article 34 – Faciliter l'inscription d'un acte à la nomenclature lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical *331*

Article 35 – Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants (accès précoces et compassionnels) *338*

Article 36 - Maintien sur le marché des médicaments matures *353*

Article 37– Accompagner les départements volontaires pour renforcer le soutien financier aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) *365*

Article 38 - Création du service de repérage et d'accompagnement précoce *378*

Article 39 – Rénover les modalités d'indemnisation du déficit fonctionnel permanent *391*

Article 40 - Adapter la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon *401*

Article 4 – Rectification du montant dit « M » pour 2023

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale prévoit la fixation d'un montant dit « M » qui, s'il est inférieur au chiffre d'affaires annuel minoré des remises au titre des médicaments remboursables, entraîne une contribution des entreprises du secteur du médicament. Ce mécanisme est un mécanisme de rappel, avec pour objectif le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, et le cas échéant un moindre dépassement.

Le II de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 avait fixé ce montant « M » à 24,6 milliards d'euros. Aussi, pour 2023, la construction de l'Ondam reposait sur un déclenchement de la clause de sauvegarde au-delà de 24,6 milliards d'euros.

A l'issue des plusieurs mois de concertations étroites et nombreuses avec l'ensemble des acteurs des secteurs des produits de santé, la mission confiée à plusieurs personnalités qualifiées par la Première ministre a remis un rapport invitant les pouvoirs publics et les parties prenantes à bâtir un « new deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé. Elle a en particulier proposé de revoir le montant de « M ».

Tel est l'objet de la présente mesure qui s'inscrit dans la continuité des engagements pris par la Première ministre à l'automne dernier et qui est par ailleurs en phase avec les orientations générales de la mission des personnalités qualifiées en tenant compte des attentes des industriels du secteur du médicament, dans un contexte marqué par l'inflation et la hausse multifactorielle des dépenses de médicaments. Parmi ces facteurs, figurent la hausse de la consommation de médicaments tirée notamment par le vieillissement de la population et l'arrivée de nouveaux médicaments innovants dont les prix souvent plus élevés contribuent de manière importante aux chiffres d'affaires des laboratoires. Par ailleurs, ces dernières années, la clause de sauvegarde s'est déclenchée en appelant des montants toujours plus importants (159M€ en 2019, 779M€ en 2021, et un déclenchement à prévoir en 2022). Si les montants M ont été fixés en accord avec une trajectoire du CSIS 2021 déjà haussière, les chiffres d'affaires réalisés par les entreprises pharmaceutiques sur le secteur du médicament sont bien au-delà des objectifs d'évolution. Ceci entraîne un déclenchement de M de plus en plus important, et une baisse de visibilité pour le secteur.

Pour tenir compte de l'ensemble de ces facteurs et pour redonner de la visibilité au secteur, le Gouvernement a décidé de rectifier le montant « M » pour l'année 2023 en le fixant à 24,9 milliards d'euros. Cette révision a pour contrepartie l'engagement des industriels à conduire en 2024 des efforts plus importants de baisse de prix avec un objectif de 850M€ d'économie et des actions de régulation des volumes de ventes sur le marché français (avec un objectif de 300M€).

b) Autres options possibles

Il aurait été possible de ne pas agir sur le montant M pour 2023, faisant courir un risque de moindre négociation de baisse de prix pour l'année à venir.

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

La mesure a un impact sur la progression des dépenses d'assurance maladie dans le champ des produits de santé par la rectification pour l'année en cours du niveau de déclenchement de la clause de sauvegarde applicable aux laboratoires pharmaceutiques. Elle trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement de l'article LO. 111-3-6 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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

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	
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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact de cette mesure corrective pour 2023, étant donné les niveaux de déclenchement attendus de la clause, entraîne une moindre recette de 120M€, qui prend aussi en compte les hypothèses d'abattement lié aux objectifs de baisse de prix .

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie	- 120	+1	+1	+1	+1
- AT-MP					

- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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 pourrait conduire à réduire le rendement global de la clause de sauvegarde pour le secteur du médicament en relevant le seuil de déclenchement de la clause pour l'année 2023. Elle aura ainsi potentiellement un impact positif sur les entreprises pharmaceutiques commercialisant des médicaments.

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, etc.)

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 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.

La mesure sera mise en œuvre après publication de la loi.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 avant modification	Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 après modification
I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié : a) Au I, après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : «, L. 162-18-2 » ; b) Le II est ainsi modifié : -le 2° est complété par les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » ; -il est ajouté un 6° ainsi rédigé : « 6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique. » ; 2° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : «, L. 162-18-2 » ; 3° Le troisième alinéa de l'article L. 138-12 est ainsi rédigé : « La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 70 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe. » ; 4° L'article L. 138-15 est ainsi rédigé : « Art. L. 138-15.-I.-Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer. « Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1. « L'organisme mentionné au premier alinéa du présent I informe sans délai les entreprises redevables concernées des différences signalées par le comité. Les entreprises concernées disposent alors d'un délai de quinze jours pour rectifier, le cas échéant, la déclaration qu'elles ont transmise.	I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié : a) Au I, après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : «, L. 162-18-2 » ; b) Le II est ainsi modifié : -le 2° est complété par les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » ; -il est ajouté un 6° ainsi rédigé : « 6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique. » ; 2° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, après la référence : « L. 162-18-1 », est insérée la référence : «, L. 162-18-2 » ; 3° Le troisième alinéa de l'article L. 138-12 est ainsi rédigé : « La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 70 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe. » ; 4° L'article L. 138-15 est ainsi rédigé : « Art. L. 138-15.-I.-Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer. « Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1. « L'organisme mentionné au premier alinéa du présent I informe sans délai les entreprises redevables concernées des différences signalées par le comité. Les entreprises concernées disposent alors d'un délai de quinze jours pour rectifier, le cas échéant, la déclaration qu'elles ont transmise.

« II.-Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.	« II.-Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.
« III.-La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.	« III.-La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.
« IV.-Lorsque l'entreprise redevable méconnaît la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive.	« IV.-Lorsque l'entreprise redevable méconnaît la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive.
« Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros.	« Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros.
« Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;	« Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. » ;
5° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 245-6 », sont insérés les mots : « ainsi que les majorations afférentes » et, après le mot : « contrôlées, », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux mêmes articles, ».	5° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après la référence : « L. 245-6 », sont insérés les mots : « ainsi que les majorations afférentes » et, après le mot : « contrôlées, », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux mêmes articles, ».
II.-Pour l'année 2023, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 24,6 milliards d'euros.	II.-Pour l'année 2023, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à ~~*24,6*~~ **24,9** milliards d'euros.
III.-Pour l'année 2023, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,21 milliards d'euros.	III.-Pour l'année 2023, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,21 milliards d'euros.
IV.-Les deux derniers alinéas du b du 1° du I s'appliquent aux contributions prévues à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2024 et des années suivantes.	IV.-Les deux derniers alinéas du b du 1° du I s'appliquent aux contributions prévues à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2024 et des années suivantes.
V.-Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale à la contribution due au titre de l'année 2023, le chiffre d'affaires de l'année 2022 de chaque entreprise redevable considéré est celui résultant de l'application de l'article L. 138-11 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.	V.-Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale à la contribution due au titre de l'année 2023, le chiffre d'affaires de l'année 2022 de chaque entreprise redevable considéré est celui résultant de l'application de l'article L. 138-11 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.
VI.-Pour la contribution due au titre de l'année 2023, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 du même code.	VI.-Pour la contribution due au titre de l'année 2023, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 du même code.
VII.-Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale à la contribution due au titre de l'année 2024, le chiffre d'affaires de l'année 2023 de chaque entreprise redevable considéré est celui résultant de l'application de l'article L. 138-11 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, applicable pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2023.	VII.-Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale à la contribution due au titre de l'année 2024, le chiffre d'affaires de l'année 2023 de chaque entreprise redevable considéré est celui résultant de l'application de l'article L. 138-11 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, applicable pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2023.

Article 5 – Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier

I. Présentation de la mesure

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

La mesure consiste (A) à sécuriser le dispositif d'avance immédiate du crédit d'impôt mis en place par l'Urssaf au moyen de services exclusivement accessibles en ligne qui donnent lieu à l'émergence de nouvelles formes de fraudes et à (B) simplifier la procédure d'abus de droit dont certains recours sur la forme conduisent à allonger excessivement les procédures pour les déclarants souhaitant éluder aux paiement des cotisations sociales.

A) SECURISATION DE L'AVANCE IMMEDIATE DE CREDIT D'IMPOT

a) Problème à résoudre

L'avance immédiate du crédit d'impôt repose sur un compteur dématérialisé propre à chaque particulier, permettant de déduire en temps réel, lors de la rémunération d'un salarié au CESU ou du paiement d'une facture de services à la personne, l'avantage fiscal correspondant à 50 % des dépenses restant à la charge du particulier. Concrètement, dès la réception d'une déclaration de l'employeur ou d'une demande de paiement (comparable à une facture électronique) du prestataire, l'URSSAF calcule et déduit immédiatement l'avantage fiscal correspondant, puis prélève le reste à charge du particulier et verse le montant dû au salarié ou à l'organisme de services à la personne. Cette avance est déduite de l'avance de crédit d'impôt versée en janvier, prévu à l'article 1665 *bis* du code général des impôts, et du crédit d'impôt calculé l'année suivante lors de la déclaration de revenu du particulier, prévu à l'article 1665 *ter* du code général des impôts.

La première étape du déploiement de ce dispositif a porté sur les services pour lesquels le niveau de prise en charge était le plus aisément calculable et permettait de réduire le plus le reste à charge de particuliers qui ne bénéficient pas d'autres prestations par ailleurs. En juillet 2023, près de 300 000 particuliers-employeurs inscrits au service CESU+ et 500 000 particuliers qui font appel à l'un des 8 300 organismes de service à la personne proposant le service, ont adhéré à l'avance immédiate du crédit d'impôt.

Ce succès rapide s'accompagne de la détection par les Urssaf de pratiques frauduleuses de la part de certains prestataires, sans qu'on puisse exclure que des schémas puissent exister aussi sur le volet particuliers-employeurs. C'est pourquoi il est nécessaire d'adapter les dispositions existantes pour lutter contre la fraude, sans entraver pour autant la capacité des organismes de service à la personne à promouvoir leur offre de services et à développer leur activité économique. La mesure proposée complète les dispositions actuelles destinées à réduire le potentiel de fraude sur le dispositif sur plusieurs points.

Par ailleurs, le calendrier actuellement prévu pour le déploiement doit être revu pour tenir compte des contraintes externes au projet.

b) Mesure proposée

Mesure n°1 : Lutter contre les montages frauduleux d'organismes prestataires

1/ La sécurisation des conditions d'accès Il est proposé de conditionner l'accès de ce dispositif pour les prestataires à la réalisation effective d'une première déclaration sociale et fiscale. En effet, les structures nouvellement créées sont, par nature, plus fraudogènes en l'absence de justificatifs témoignant de leur diligence sociale et fiscale. Cette condition permet de limiter la création de structures opaques et temporaires ayant pour objectif le seul paiement par l'État de prestations fictives. Ses conditions précises d'application sont renvoyées au pouvoir règlementaire et viseront notamment à prévoir la nature des documents à produire mais aussi à exclure certaines hypothèses (déclaration effectuée mais pour une assiette nulle par exemple).

Par ailleurs, l'entrée du dispositif pourra être soumise à la présentation de garanties financières minimales permettant de s'assurer que les acteurs qui bénéficient de l'avance garantissent une récupération minimale des sommes avancées en cas de fraude ou d'impayés par les particuliers. Ces dispositions renvoyées dans leur détail au pouvoir règlementaire, auront vocation à être ajustées à l'ampleur du risque financier seront concertées avec les acteurs afin de conforter les acteurs les plus responsables tout en rehaussant le niveau d'exigence lorsque des montants importants d'argent public sont en cause.

2/ L'encadrement des mécanismes les plus incitatifs et la réduction du risque

Il est proposé de supprimer le mécanisme de déclaration des sommes directement versées par le particulier aux prestataires. Initialement demandé par les organisations professionnelles du secteur soucieuses de maintenir un lien financier avec leur client, ce mécanisme permet :

- aux organismes de services à la personne de percevoir directement de l'Urssaf les montants leurs restants dus sur leurs factures après déduction de ces sommes ;

- aux particuliers de réduire le prélèvement opéré par l'Urssaf au titre du paiement des factures des prestataires sans qu'il puisse être vérifié, avant le reversement par l'Urssaf, que le particulier a effectivement acquitté la facture correspondante.

Ainsi, lorsque ce mécanisme est maximisé en portant le montant à 50% des sommes dues, le particulier est réputé avoir déjà versé l'ensemble des sommes à sa charge, les 50% restants étant directement versés par l'Urssaf à l'organisme déclarant. La suppression de l'acompte permet de supprimer en grande partie l'intérêt de la fraude, notamment par connivence du particulier puisqu'à chaque euro reversé par l'Urssaf au titre du crédit d'impôt (part « avance immédiate ») aura été prélevé en parallèle auprès d'un particulier (part restant normalement à la charge du particulier).

En complément, cette mesure s'accompagnera d'un décret abaissant le plafond d'avance immédiate, actuellement fixé à 6 000 € (soit 12 000 € de dépenses) afin que celui-ci soit plus proche au montant moyen constaté, qui s'établit à 1200 € par ménage (soit 2400 € de dépenses). Même après une diminution de moitié de ce plafond, plus de 90% des ménages continueraient à ne pas saturer ce dernier, garantissant un effet très mesuré sur les utilisateurs tout en évitant la multiplication de factures très élevées particulièrement risquées en termes de fraude.

3/ Le renforcement de la capacité d'action et de sanction des organismes

- Les particuliers bénéficiant de l'avance devront utiliser des comptes domiciliés en France afin de faciliter la vérification de leur existence au moyen du dispositif d'échange de données Ficoba ;
- L'Urssaf sera dotée d'une procédure adaptée de suspension temporaire et à titre conservatoire du dispositif pour les prestataires et éventuels particuliers concernés afin de permettre des investigations approfondies en cas de signalement ou de suspicion ;
- Les sanctions financières en cas de fraudes avérées (majoration de 50% des sommes touchées à tort) seront renforcées (en matière d'avance immédiate) voire créées pour les dispositifs qui n'en disposaient pas encore (Cesu + et Pajemploi +) ;
- La procédure de lutte contre la fraude aux prestations fictives sera étendue aux dispositifs Cesu + et Pajemploi +, qui sont susceptibles de faire l'objet de fraude similaire, et en sécurisant la procédure d'exclusion de l'ensemble de ces dispositifs en cas de détection ou suspicion avérée de fraude.
- La juridiction compétente sera clarifiée puisqu'il existe une imprécision des textes applicables sur le fait que l'avance – qui est une aide financière imputable sur un crédit d'impôt – relève du champ du contentieux de la sécurité sociale ; la juridiction judiciaire, mieux connue des URSSAF, est ici privilégiée pour favoriser une logique de « bloc de compétences » URSSAF ;
- Le dispositif en matière d'emploi indirect (client passant par un prestataire sans être un employeur) est explicitement soustrait du champ de compétence des commissions de recours amiables des organismes. En effet, le recours formé à l'égard de ce dispositif d'intermédiation financière au sein d'une relation commerciale est très éloigné des compétences de cet organe spécialisé sur la législation applicable au recouvrement des cotisations.

Mesure n°2 : Ajuster le calendrier de déploiement de l'avance immédiate de crédit d'impôt pour les bénéficiaires de l'APA-PCH et pour la garde d'enfant

<u>Une généralisation du dispositif APA-PCH n'est pas envisageable à court terme</u>. Après deux années d'expérimentation de l'avance immédiate sur le seul dispositif « particulier », trois grands constats peuvent être dressés:

- En raison des conditions de bénéfice de l'avance immédiate et des prestations APA-PCH, versées pour l'intégralité du plan d'aide qui peut lui-même comprendre potentiellement plusieurs acteurs et types de prestations. Ainsi, le particulier et l'ensemble de ces intervenants doivent être inscrits à l'avance immédiate pour que le dispositif soit pleinement opérationnel. Pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH dont les besoins sont réguliers, voire quotidiens, il est nécessaire de varier les intervenants pour assurer la continuité des aides et pallier les absence de leurs intervenants habituels, notamment en ayant recours à des salariés ou des organismes de remplacement dont l'absence d'inscription au service entraine l'arrêt de l'avance immédiate du crédit d'impôt et nécessite un retour aux anciennes modalités de versement de l'APA ou de la PCH par les départements, ce qui n'en facilite pas la gestion courante par ces derniers ;
- L'octroi rétroactif de l'APA ou de la PCH notamment en cas de changement des plans d'aides pour des particuliers ayant déjà bénéficié de l'avance immédiate sur une période passée engendre des re-calculs à la hausse ou à la baisse du reste à charge avec des indus ou trop-perçus qui constituent autant de « mauvaises surprises » pour les particuliers difficiles à résoudre à fonctionnement de ces prestations constant ;
- Les freins à l'usage du numérique par des personnes âgées peu autonomes ou souffrant d'un handicap lourd nécessite un accompagnement renforcé par des proches ou des aidants pour faire fonctionner le dispositif ;

Ces constats pratiques en rejoignent d'autres plus généraux et qui tiennent au caractère nécessairement partenarial du projet :

- L'ensemble des scénarios instruits depuis l'automne 2022 par la DSS et l'ACOSS nécessitent un minimum de développements informatiques du côté des conseils départementaux ; or, ceux-ci attendent également le déploiement des SI nationaux annoncés sur l'APA et la PCH ; il sera donc particulièrement difficile de les mobiliser à court et moyen terme sur le sujet, surtout si la solution à développer devient « jetable » à horizon 2025-2026 ;
- La charge technique liée au projet, et qui tient à la combinaison de deux familles de dispositifs complexes à gérer (CISAP d'une part et APA-PCH) est inversement proportionnelle au gain qui sera retiré par cette population en raison de son moindre accès aux outils informatiques (cf. supra) qui la rend naturellement moins demandeuse mais

aussi en raison du plus faible reste à charge (en moyenne 80 % des plans) dont il résulte que les montants de crédit d'impôt sont nécessairement plus faibles.

Au regard de ces éléments, il est proposé de prolonger l'expérimentation à mi-2027 pour les seuls particuliers qui y participent déjà, jusqu'au déploiement effectifs des SI APA et PCH.

L'extension de l'avance immédiate aux bénéficiaires du CMG implique d'achever au préalable la refonte engagée de Pajemploi ainsi que la réforme du CMG. La prise en compte du CMG emploi direct dans le dispositif simplifié PAJEMPLOI est déjà effective, toutefois ce dernier est en voie de refonte complète et les développements nécessaires à la prise en compte du crédit d'impôt pourraient donc être intégrés à l'issue de cette modernisation, mais également des autres réformes portant sur petite enfance (CMG linéarisé, CMG 6-12 ans). Par ailleurs, pour les mêmes raisons de complexité que soulèvent l'intégration de l'APA et de la PCH, la mise en œuvre de l'avance immédiate pour les parents ayant recours à un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et bénéficiant de la prestation sociale du CMG « structure » ne pourrait être mis en place qu'à l'issue de la réforme du tiers-payant qui sera mise en place par la branche famille. Cette dissemblance entre les différents de mode de garde serait, en outre, une source d'inégalité entre les familles, susceptible de créer une distorsion de concurrence entre les EAJE et les assistants maternels.

La réforme du CMG devant se déployer progressivement sur l'année 2025 en parallèle de la refonte de PAJEMPLOI, il apparaît plus prudent, pour sécuriser une bonne mise en œuvre de l'ensemble de ces dispositifs, de positionner ce déploiement au plus tard, au 1er juillet 2026, date qui permettrait par ailleurs d'intégrer pleinement les émetteurs de titres préfinancés qui sont des acteurs très importants du secteur.

c) Autres options possibles

L'avance immédiate de crédit d'impôt, assimilable à un mécanisme de tiers-payant, est par nature plus fraudogène pour les professionnels qui en bénéficient. Sans entraver le déploiement du dispositif, d'autres mesures susceptibles de réduire les tentatives d'escroquerie ont été exclus au profit de la mesure proposée :

- la validation obligatoire de la facture par le particulier. Cette mesure aurait généré une insécurité financière pour les prestataires de service à la personne. Elle n'aurait pas permis de se prémunir de la fraude en cas de connivence du particulier, d'usurpation de son identité, ou même de ses identifiant et mot de passe ;
- l'inscription par le particulier plutôt que par le prestataire qui poserait les mêmes problématiques en matière d'usurpation d'identité ou de mot de passe.

S'agissant du calendrier de déploiement, il n'était pas envisageable de le maintenir en l'état.

B) SIMPLIFICATION DE LA PROCEDURE D'ABUS DE DROIT

d) Problème à résoudre

La procédure de l'abus de droit social permet aux organismes de recouvrement d'écarter un acte comme ne leur étant pas opposable, dès lors que cet acte revêt un caractère fictif ou que, bien que constituant une application littérale des textes, il n'a pu être inspiré par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer le montant des sommes dues[1]. Le caractère intentionnel de ces actes est dans les deux cas requis. Cette définition de l'abus de droit est commune au recouvrement de l'impôt comme des cotisations et contributions sociales depuis les suites de la mission conduite par Olivier Fouquet en 2008[2].

L'intérêt de recourir à cette procédure pour l'organisme est double : l'acte qualifié d'abusif n'est pas opposable à ce même organisme, d'une part, et il peut appliquer une pénalité dont le montant s'élève à 20 % des cotisations et contributions dues par l'entité contrôlée, d'autre part. En contrepartie, des garanties sont offertes au cotisant : le directeur de l'organisme contresigne la lettre d'observations dans laquelle l'agent chargé du contrôle annonce qu'une pénalité pour abus de droit va être prononcée, le cotisant peut saisir un comité des abus de droit et la charge de la preuve repose sur le seul organisme en cas de contestation.

La lourdeur de cette procédure, et notamment la possibilité de demander l'avis d'un comité *ad hoc,* semble toutefois excessive à la fois pour le cotisant et pour l'organisme et conduit à allonger les procédures.

Par ailleurs, dans plusieurs arrêts récents, la Cour de cassation a jugé que les organismes de recouvrement avaient implicitement eu recours à une qualification d'abus de droit au sens de l'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale et ce, alors même que les organismes n'avaient pas appliqué la pénalité prévue. La Cour a notamment jugé qu'il en était ainsi chaque fois que l'agent chargé du contrôle n'avait pas pris en compte un acte en estimant qu'il avait un caractère fictif ou qu'il ressortait de la lettre d'observations adressée à l'issue du contrôle qu'il considérait que l'acte avait été pris dans le seul but d'éluder le paiement des cotisations. Ont pu faire l'objet de ces procédures les situations suivantes :

- des procédures de licenciements et les transactions conclues postérieurement à ces licenciements pour faute grave qui étaient en réalité fictives et n'avaient eu d'autre but que de faire bénéficier des indemnités d'une exonération sociale (Cass. civ. 2, 16 février 2023, n° 21-11.600 et n° 21-12.005) ;

[1] L'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale (CSS) relatif à la procédure de l'abus de droit a été instauré par la LFSS pour 2008. Une procédure identique est prévue par le code rural et de la pêche maritime (CRPM) à l'article L. 725-25, les dispositions réglementaires du CRPM renvoyant à celles du CSS pour préciser la composition et le fonctionnement du comité des abus de droit (articles R. 725-28 et R. 725-29 du CRPM et article R. 243-60-1 et suivants du CSS).

[2] Rapport au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique présenté par Olivier Fouquet, « Améliorer la sécurité juridique des relations entre l'administration fiscale et les contribuables : une nouvelle approche », juin 2008

- la révocation de mandats sociaux et le licenciement de deux dirigeants qui constituaient des actes fictifs destinés à permettre de leur verser des sommes, indemnisant leur mise à l'écart de la société, non soumises à cotisations » (Cass. civ. 2, 16 février 2023, n° 21-18.322) ;
- la création d'une société dans le seul but de se soustraire au paiement de cotisations et contributions sociales, afin de rémunérer des joueurs sous forme de « droit à l'image » (Cass. civ. 2, 16 février 2023, n° 21-17.207) ou d'éluder les cotisations et contributions sociales dues au régime général par les président d'une société par actions simplifiée unipersonnelle (SASU) (Cass. civ. 2, 11 mai 2023, n°21-17.226).

Or, en considérant que, même en l'absence de qualification d'abus de droit, l'organisme de recouvrement qui démontre le caractère fictif de certains actes se place nécessairement dans le champ de l'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale, ces décisions conduisent à imposer en pratique aux agents chargés du contrôle de qualifier d'abus de droit toute situation dans laquelle un organisme de recouvrement remet en cause la réalité d'une décision prise par l'employeur, requalificalifie un avantage ou à une interprétation divergente de celle de l'employeur sur la nature de la somme versée. La généralisation de cette approche ne parait souhaitable ni du point de vue des cotisants ni du point de vue des organismes de recouvrement dont les procédures de vérification s'en trouveraient substantiellement affectées.

e) Mesure proposée

Il est proposé de :

- Clarifier de manière pérenne les missions de contrôle des organismes du recouvrement afin de lever tout doute sur les prérogatives des agents de contrôle en rappelant leur droit de requalifier les faits et les actes juridiques comme cela est reconnu à l'administration fiscale (mesure n°1) ;
- Simplifier la procédure de l'abus de droit afin de la rendre opérationnelle (mesure n°2).

Ainsi, afin de clarifier les prérogatives des agents de contrôle des organismes de recouvrement, il est proposé en premier lieu de préciser aux articles L. 243-7 du code de la sécurité sociale (CSS) et L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime (CRPM) que ces agents ne sont pas tenus, lors des contrôles, par la qualification donnée aux faits et à leurs propres actes par les personnes contrôlées. Il s'agit de prérogatives existantes mais qui n'étaient pas encore reconnues de façon explicite dans les textes. Ce pouvoir ayant par ailleurs déjà été reconnu aux agents de contrôle fiscaux par la jurisprudence du Conseil d'Etat, indépendamment de l'abus de droit, la mesure précise donc et seulement à titre recognitif que ces prérogatives sont reconnues, sous le contrôle du juge, aux agents de contrôle des organismes sociaux, en cas par exemple de divergence d'appréciation sur les règles d'assiette des cotisations[1].

En second lieu, la procédure d'abus de droit est réformée pour être transformée en une sanction administrative pouvant être prononcée par le directeur d'organisme, sur le modèle de la procédure d'obstacle à contrôle qui a été réformée en 2016 (article L. 243-12-1 du CSS) ou des sanctions pouvant être prononcées en matière de fraude aux prestations (article L. 114-17 du CSS). En cas de constat d'une irrégularité relevant de l'abus de droit, l'agent chargé du contrôle procèdera au redressement des cotisations éludées et proposera au directeur de l'organisme d'appliquer la pénalité pour abus de droit.

Afin de maintenir un niveau élevé de garantie pour le cotisant, la pénalité restera prononcée par le directeur de l'organisme qui contresignera à cet effet la lettre d'observations qui est adressée à la personne contrôlée à l'issue du contrôle et ouvre la période contradictoire qui précède la mise en recouvrement des sommes dues.

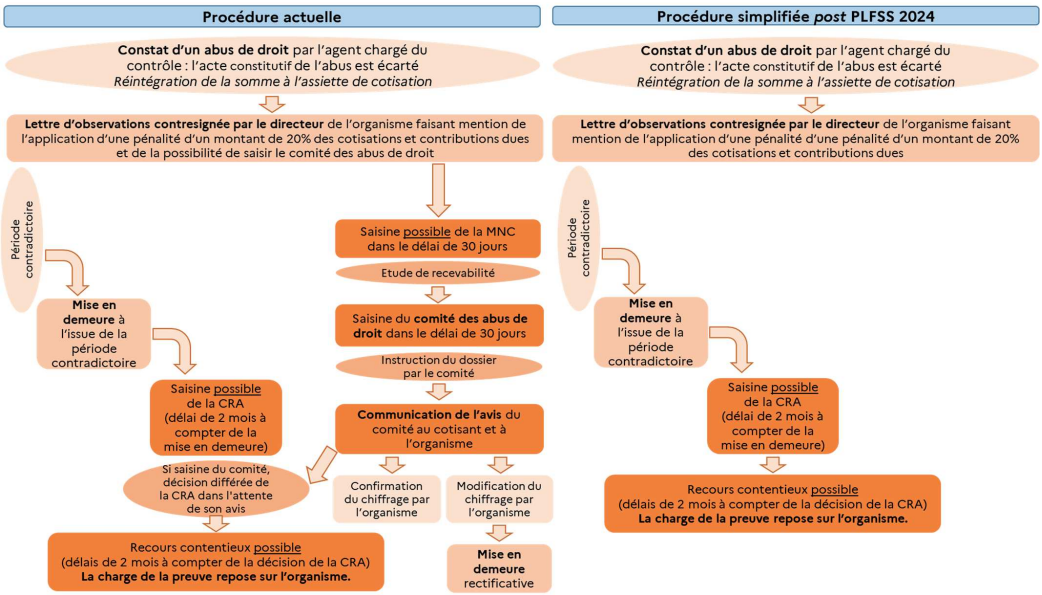
La pénalité existant aujourd'hui sera ainsi maintenue, de même que son montant, fixé à 20 % des montants redressés correspondant aux actes considérés comme abusifs. Le cotisant pourra prétendre aux voies de recours habituelles (recours devant la commission de recours amiable puis contestation judiciaire), simplifiant de ce fait la procédure, mais la charge de la preuve continuera de reposer sur l'organisme. Le cotisant pourra aussi dorénavant demander une prolongation du délai contradictoire dans les cas d'abus de droit, afin de lui garantir les mêmes droits que pour tout contrôlé.

En cas de désaccord, le comité des abus de droit social n'existera plus, facilitant ainsi les possibilités de recours précontentieux et contentieux en les inscrivant dans le cadre du droit commun. Le cotisant aura par ailleurs la possibilité de recourir à la médiation, créée postérieurement à la procédure d'abus de droit et généralisée en 2019.

[1] Sur ce point, la sécurisation des pratiques actuelles paraît nécessaire au regard de ses décisions récentes mais la Cour de cassation avait déjà été amenée à préciser, en 2017, que la divergence d'interprétation des règles applicables n'était pas au nombre des contestations susceptibles de donner lieu à la procédure d'abus de droit : Cour de cassation, civ. 2e, 12 octobre 2017, n°16-21.469

Article 5 – Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier

La procédure serait ainsi fortement simplifiée :



f) Autres options possibles

- Plutôt que de restreindre cette prérogative aux seuls agents de contrôle, il aurait pu être envisagé que les organismes eux-mêmes ne soient pas tenus par la qualification donnée aux actes et aux faits par les personnes contrôlées. Cependant, une telle formulation aurait été trop générale. En effet, et alors que la problématique actuelle est limitée aux contrôles comptables et donc d'un usage circonscrit aux seuls agents agréés et assermentés, une telle rédaction aurait étendu ce pouvoir à tous les agents des URSSAF et des caisses de MSA dès lors qu'ils effectuent un contrôle, quel qu'en soit les formes (contrôle comptable, contrôle de fiabilisation ou contrôle de concordance), sans que les agents concernés soient nécessairement agréés et assermentés. Un tel dispositif irait donc bien au-delà du problème à résoudre.
- Il aurait pu être envisagé de supprimer complètement la procédure d'abus de droit. Il convient toutefois de maintenir, comme dans le domaine fiscal, une sanction spécifique pour des actes potentiellement frauduleux ne relevant pas du travail dissimulé (actes à caractère fictif et fraude à la loi).

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

La sécurisation de l'avance immédiate du crédit d'impôt « service à la personne » relève du périmètre de la LFSS pour deux raisons :

- Tout d'abord, la mise en place d'un circuit simplifié optionnel de paiement entre les prestataires de services et les particuliers par l'intermédiaire des organismes de recouvrement, ainsi que la possibilité ouverte pour ces organismes d'imputer les aides dont bénéficient les particuliers qui recourent à ce service modifie les règles relatives au recouvrement des cotisations et contributions sociales, dont le recouvrement est désormais réalisé après déduction de ces aides. La mesure relève à ce titre de la LFSS en application du 2° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale ;
- En outre, la mesure concerne la trésorerie des organismes de sécurité sociale et relève à ce titre de la LFSS en application du 3° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale puisqu'elle porte sur l'avance, par les organismes de sécurité sociale, d'aides financières pour le compte d'autres organismes et administrations.

La réforme de la procédure de l'abus de droit social présente quant à elle un effet sur les règles relatives aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit. Elle relève, à ce titre de la LFSS en application en application du 2° de l'art LO.111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée

nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

Il convient de rappeler que l'article 48 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne 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 Cour de justice de l'Union européenne 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.

Il convient en outre de rappeler les article 56 à 58 du règlement (UE) 2015/848 du parlement Européen et du conseil du 20 mai 2015 relatif aux procédures d'insolvabilité qui prévoit une coordination des juridictions des États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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 et 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

A) Sécurisation de l'avance immédiate de crédit d'impôt

Modification de l'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Modification de l'article 13 de la Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Modification des articles L. 133-5-6 à L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

Modification des articles L. 142-4, L.133-5-6, L.133-5-10, L.133-5-12, L. 133-8-4 à L. 133-8-9 du code de la sécurité sociale

Modification de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire

Création d'un article L. 133-8-8-1 dans le code de la sécurité sociale

B) Simplification de la procédure d'abus de droit

Modification des articles L. 225-1-1, L. 243-7, L. 243-7-1 A et L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale et des articles L. 724-11, L. 725-12 et L. 725-25 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

Article 5 – Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier

Collectivités d'outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesures applicables
Mayotte	Mesures applicables
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesures applicables
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesures partiellement applicables (l'avance immédiate n'est pas applicable)
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesures non applicables

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

A) Sécurisation de l'avance immédiate de crédit d'impôt et report

Globalement, la mesure pèse essentiellement sur l'Etat, puisque les ménages bénéficient au moment de l'entrée dans le dispositif d'un double effet « coup de pouce » pour l'année en cours au titre de l'avance immédiate et pour l'année passée pour le crédit d'impôt liquidé lors de leur déclaration.

La mesure de sécurisation permet d'éviter un risque de fraude dont il est difficile d'estimer l'ampleur mais évalué à environ + 10M€ par an.

La mesure de report, conduit par ailleurs à réviser plus globalement la chronique budgétaire initiale fondée sur l'hypothèse qu'en 36 mois l'adhésion au dispositif atteindrait le niveau de dématérialisation actuel des offres de service à savoir 80 % pour CESU et 99 % pour PAJEMPLOI.

Les calculs s'appuient par ailleurs sur une révision de la chronique de montée en charge sous-jacente qui tient compte des résultats observés en 2022 (307M€) et courant 2023 (331M€ versé de janvier à mai).

L'impact présenté ci-dessous présente donc l'écart à cette trajectoire révisée liée au report de la mise en œuvre du dispositif pour les bénéficiaires de l'APA, de la PCH et du CMG et aux mesures prises pour lutter contre la fraude. Il retrace donc principalement un décalage dans le temps de l'effet « coup de pouce » lié à ces volets du projet renvoyé plus tard dans le calendrier.

Bien que l'avance immédiate n'ait pas d'impact direct sur le solde de la sécurité sociale puisque les avances de trésorerie consenties par l'ACOSS font l'objet de remboursement systématique de la part de l'État, il s'agit toutefois de montants importants qui représentent d'ores-et-déjà centaines de millions d'euros d'avance.

B) Simplification de la procédure d'abus de droit

Concernant l'abus de droit, la perte financière représentée par les décisions défavorables de la Cour de cassation sanctionnant le recours implicite à la procédure d'abus de droit s'élève à environ, 3,75 M€ pour le seul premier semestre 2023. A l'échelle d'une année et sans prendre en compte le caractère croissant de cette perte, le gain financier d'une réforme de cette procédure (contentieux, recettes engendrées par les pénalités) pourrait s'élever à près de 10 M€. Il est ci-dessous ventilé entre branches à hauteur de leur poids dans les recettes recouvrées.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		+ 4,13 M€	+ 4,13 M€	+ 4,13 M€	+ 4,13 M€
- AT-MP		+ 0,46 M€	+ 0,46 M€	+ 0,46 M€	+ 0,46 M€
- Famille		+ 1,12 M€	+ 1,12 M€	+ 1,12 M€	+ 1,12 M€
- Vieillesse		+ 4,22 M€	+ 4,22 M€	+ 4,22 M€	+ 4,22 M€
- Autonomie		+ 0,07 M€	+ 0,07 M€	+ 0,07 M€	+ 0,07 M€
État		+ 684 M€	- 196 M€	- 97 M€	- 833 M€

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

a) Impacts économiques

Les mesures prévues participent activement de la saine concurrence entre les acteurs économiques, en luttant contre les actes frauduleux, sources de *dumping* social. Elles accroissent en outre l'efficience de l'action publique, qui est une des conditions générales du développement économique. La sécurisation du pouvoir de requalification des agents de contrôle sans qu'ils aient à s'inscrire dans la procédure d'abus de droit permettra également de ne pas pénaliser les acteurs économiques ayant eu recours de bonne foi à de mauvaises qualifications d'actes et de faits.

b) Impacts sociaux

Ces mesures conduiront à mieux garantir globalement les droits des salariés, au travers notamment du renforcement de la lutte contre les actes abusifs établis au détriment des droits des salariés.

- ***Impacts sur les jeunes***

Sans objet.

- ***Impacts 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

A) Sécurisation de l'avance immédiate de crédit d'impôt

Les mesures permettant une simplification, un renforcement des droits et une sécurisation juridique, aucune contrainte supplémentaire ne pèsera sur les entreprises.

Le report du volet « APA-PCH » doit être mis en regard des bénéfices attendus pour les populations concernées qui apparaissent assez limités puisqu'un bénéficiaire de l'APA sur deux à un reste à charge inférieur à 50 € par mois tandis que près de 95 % des bénéficiaires de la PCH n'ont aucun reste à charge.

Le report du volet « CMG » retardera l'accès au dispositif, mais là aussi pour une population largement solvabilisée par les prestations et, dans l'horizon proposé, en tenant compte des importantes réformes qui doivent intervenir entretemps.

B) Simplification de la procédure d'abus de droit

La disparition du comité des abus de droits social supprime une démarche administrative pour les cotisants et réduira pour eux la durée globale des contrôles et des procédures contentieuses.

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

A) Sécurisation de l'avance immédiate de crédit d'impôt

Le report du projet pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH et du CMG donnera plus de temps aux conseils départementaux, aux caisses d'allocations familiales et de mutualité sociale agricole pour préparer les évolutions significatives que le dispositif nécessite, en matière de flux et d'adaptation des systèmes informatiques existants, plus particulièrement dans la perspective du déploiement de systèmes informatiques nationaux par la CNSA. Le report permet de s'inscrire dans le même calendrier que celui envisagé pour la mise en place de ces systèmes d'informations commun à tous les départements, voire aux prestataires et mandataires, pour y intégrer les outils de télégestion (horodatage) nécessaires au contrôle d'effectivité des prestations.

B) Simplification de la procédure d'abus de droit

Les organismes de recouvrement seront amenés à organiser la formation des agents de contrôle aux nouvelles mesures et des outils pourront être le cas échéant envisagés afin d'aider ces agents à la décision. Les systèmes d'information devront évoluer afin de tenir compte des nouvelles modalités de mise en œuvre de la pénalité pour abus de droit.

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

Ces mesures n'auront pas d'effet sur les ressources des caisses de sécurité sociale, même si elles peuvent permettre des gains d'efficience.

Le personnel des organismes qui assurent aujourd'hui les tâches de recouvrement et de contrôle sera impliqué dans la mise en place et le suivi des procédures de mise en œuvre de la pénalité pour abus de droit et de la sécurisation de l'avance immédiate. Le dispositif sera géré par les organismes sociaux à enveloppe budgétaire inchangée.

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.

A) Sécurisation de l'avance immédiate de crédit d'impôt

La mesure relative à la sécurisation de l'avance immédiate du crédit d'impôt fera l'objet :

- d'un arrêté, déjà en vigueur, désignant l'organisme de gestion du dispositif mentionné à l'article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale[1] ;

- d'un arrêté fixant la liste des informations et pièces justificatives obligatoirement transmises par les organismes de services à la personne à l'appui de leur déclaration dans le dispositif d'avance immédiate du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale ;

- d'un décret fixant le délai pour produire les justificatifs attestant de la réalité de la prestation ainsi que les conditions et la durée de l'exclusion ou de la suspension des particuliers, salarié et tiers-déclarant utilisant les dispositifs « Cesu+ » et « Pajemploi+ » ainsi que le service « avance immédiate du crédit d'impôt » mentionné à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale ;

- d'un décret fixant les modalités de production des éléments attestant du respect effectif des obligations sociales et fiscales par les organismes de service à la personne demandant l'accès au dispositif d'avance immédiate du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 133-8-5 du code de la sécurité sociale ;

- d'un décret fixant les exceptions et les conditions pour produire des garanties financières suffisantes au titre du remboursement des indus par les organismes de service à la personne demandant l'accès au dispositif d'avance immédiate du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 133-8-5 du code de la sécurité sociale ;

- d'un décret fixant le délai pour produire les justificatifs attestant de la réalité de la prestation ainsi que les conditions et la durée d'exclusion et de suspension des particuliers et organismes de service à la personne mentionné à l'article L. 133-8-6 du code de la sécurité sociale ;

B) Simplification de la procédure d'abus de droit

La mesure relative à la réforme de la procédure de l'abus de droit social fera l'objet d'un décret en Conseil d'État, précisant les modalités rénovées de mise en œuvre de la pénalité, au premier trimestre 2024.

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

A) Sécurisation de l'avance immédiate de crédit d'impôt

Les autres mesures relatives à la sécurisation de l'avance immédiate s'appliqueront dès le lendemain de la publication, à l'exception du report de la mise en œuvre de l'avance immédiate du crédit d'impôt pour les bénéficiaires du CMG et ceux de l'APA/PCH prévue respectivement au plus tard le 30 juin 2026 et le 30 juin 2027.

B) Simplification de la procédure d'abus de droit

La disposition clarifiant les prérogatives des agents de contrôle étant purement recognitive, elle n'a pas d'impact sur les procédures passées ou en cours. Les dispositions relevant de la réforme de l'abus de droit s'appliqueront aux observations notifiées à compter du 1er janvier 2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

A) Sécurisation de l'avance immédiate de crédit d'impôt

L'information relative aux mesures de lutte contre la fraude sera relayée aux particuliers et partenaires directement sur les plateformes (conditions générales du services). La nouvelle feuille de route concernant l'extensions progression de l'APA/PCH et du CMG sera partagée avec les partenaires lors d'instances dédiées.

[1] Le champ de cet arrêté semble assez largement couvert par le texte suivant : arrêté du 30 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 9 septembre 2019 désignant les organismes mentionnés à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en charge du recouvrement et du contrôle des cotisations et contributions dues par les employeurs et les particuliers mentionnés aux 1° à 4° et 6° à 8° de l'article L. 133-5-6 du même code

Les principales fédérations concernées ont été informées des intentions du Gouvernement s'agissant des mesures envisagées en matière de lutte contre la fraude.

B) Simplification de la procédure d'abus de droit

Concernant la réforme de la procédure de l'abus de droit social, une information du cotisant sera prévue dans la charte du cotisant contrôlé, remise avant chaque début de contrôle.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi des mesures sera assuré par la direction de la sécurité sociale dans le cadre de la gouvernance des organismes de recouvrement et par le biais des plans nationaux de contrôle.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 133-5-10 sociale du code de la sécurité sociale après modification
Les cotisations, les contributions et la retenue à la source dues par les redevables utilisant les dispositifs mentionnés aux articles L. 133-5-6 et L. 133-5-9-1 sont recouvrées et contrôlées par un ou plusieurs organismes désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, pour les employeurs agricoles, par les caisses de mutualité sociale agricole dont ils relèvent, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. Un bilan des contrôles effectués auprès des personnes optant pour ces dispositifs ainsi que pour le service mentionné à l'article L. 133-5-1 est réalisé annuellement par les organismes de sécurité sociale et transmis à leur tutelle. Les particuliers qui effectuent de manière ponctuelle un service à d'autres particuliers au titre du 8° de l'article L. 133-5-6 sont informés par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article qu'ils peuvent être tenus, le cas échéant, d'effectuer d'autres formalités de nature fiscale, sociale ou économique auprès d'autres administrations ou organismes, pour exercer leur activité dans les conditions prévues par la législation en vigueur.	Les cotisations, les contributions et la retenue à la source dues par les redevables utilisant les dispositifs mentionnés aux articles L. 133-5-6 et L. 133-5-9-1 sont recouvrées et contrôlées par un ou plusieurs organismes désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, pour les employeurs agricoles, par les caisses de mutualité sociale agricole dont ils relèvent, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. **La gestion du dispositif simplifié de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne prévu aux articles L. 133-8-4 à L. 133-8-10 est confiée à un ou plusieurs organismes désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.** Un bilan des contrôles effectués auprès des personnes optant pour ces dispositifs ainsi que pour le service mentionné à l'article L. 133-5-1 est réalisé annuellement par les organismes de sécurité sociale et transmis à leur tutelle. Les particuliers qui effectuent de manière ponctuelle un service à d'autres particuliers au titre du 8° de l'article L. 133-5-6 sont informés par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article qu'ils peuvent être tenus, le cas échéant, d'effectuer d'autres formalités de nature fiscale, sociale ou économique auprès d'autres administrations ou organismes, pour exercer leur activité dans les conditions prévues par la législation en vigueur.
Article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale après modification**
I.- Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° à 9° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10. Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts. L'organisme procède au prélèvement bancaire des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et verse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.	I.- Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° à 9° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10. Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts. L'organisme procède au prélèvement ~~*bancaire*~~ **sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont l'employeur est titulaire,** des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et verse au salarié la rémunération due **sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont le salarié est titulaire** dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.

L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent I est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié. En cas de défaut de paiement par l'employeur des sommes mentionnées au troisième alinéa du présent I, celui-ci est exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif, dans des conditions fixées par décret. Dans ce cas, la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qui recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. II.- Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du I du présent article tient compte, le cas échéant : 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ; 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ; 3° Du montant alloué au titre des prestations sociales prévues aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, pour financer les dépenses d'aide humaine auxquelles se rapporte le prélèvement, lorsque le département débiteur a conclu la convention mentionnée à l'article L. 133-8-9 du présent code ; 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ; 5° D'une aide spécifique au financement des services à la personne fournis à domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 pour le compte de l'Etat, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées ; 6° D'une aide spécifique au financement de la garde des enfants en dehors du domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 du présent code pour le compte de l'Etat, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 200 quater B du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées. Le montant des aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II est régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu, dans les conditions prévues à l'article 1665 ter du code général des impôts.	L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent I est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié. ~~En cas de défaut de paiement par l'employeur des sommes mentionnées au troisième alinéa du présent I, celui-ci est exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif, dans des conditions fixées par décret. Dans ce cas, la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qui recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires.~~ II.- Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du I du présent article tient compte, le cas échéant : 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ; 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ; 3° Du montant alloué au titre des prestations sociales prévues aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, pour financer les dépenses d'aide humaine auxquelles se rapporte le prélèvement, lorsque le département débiteur a conclu la convention mentionnée à l'article L. 133-8-9 du présent code ; 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ; 5° D'une aide spécifique au financement des services à la personne fournis à domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 pour le compte de l'Etat, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées ; 6° D'une aide spécifique au financement de la garde des enfants en dehors du domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 du présent code pour le compte de l'Etat, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 200 quater B du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées. Le montant des aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II est régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu, dans les conditions prévues à l'article 1665 ter du code général des impôts.

Pour les personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6 du présent code, la contribution mentionnée à l'article L. 7233-1 du code du travail n'est pas éligible aux aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II. III.- Le prélèvement mentionné au troisième alinéa du I tient compte, le cas échéant, des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire des personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6. Le montant de ces versements ne peut pas excéder 50 % de la rémunération et des cotisations et contributions sociales dues. Lorsque l'employeur réalise ces versements autrement que par des titres spéciaux de paiement émis par l'un des organismes habilités mentionnés à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant conclu la convention prévue au 2° du II du présent article, il conserve les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 du présent code. IV.- Sans préjudice des sanctions pénales applicables, l'employeur ou le salarié qui déclarent des prestations fictives sont exclus du dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par voie réglementaire.	Pour les personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6 du présent code, la contribution mentionnée à l'article L. 7233-1 du code du travail n'est pas éligible aux aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II. III.- Le prélèvement mentionné au troisième alinéa du I tient compte, le cas échéant, des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire des personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6. Le montant de ces versements ne peut pas excéder 50 % de la rémunération et des cotisations et contributions sociales dues. Lorsque l'employeur réalise ces versements autrement que par des titres spéciaux de paiement émis par l'un des organismes habilités mentionnés à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant conclu la convention prévue au 2° du II du présent article, il conserve les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 du présent code. ~~*IV. Sans préjudice des sanctions pénales applicables, l'employeur ou le salarié qui déclarent des prestations fictives sont exclus du dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par*~~ voie réglementaire. **IV. – Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif prévu au présent article :** **1° L'employeur, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes mentionnées au troisième alinéa du I. Dans ce cas, la créance égale à la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 ;** **2° L'employeur, le salarié ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 qui déclare des prestations fictives. Le caractère fictif de la prestation peut être apprécié en se fondant notamment sur l'absence de production de pièces établissant sa réalité et sur les justifications avancées d'une telle absence ;** **3° L'employeur, le salarié ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 qui n'est pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation qu'il est tenu de conserver ;** **4° L'employeur en situation de surendettement définie à l'article L. 711-1 du code de la consommation ;** **5° L'employeur ou la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 qui ne respecte pas les conditions générales d'utilisation du service établies conformément à l'article L. 112-9 du code des relations entre le public et l'administration et qui précisent notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement de la rémunération du salarié et de recouvrement des sommes dues ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.** **V. – Lorsque le nombre ou le montant des prestations déclarées est anormalement élevé ou lorsqu'il existe des indices du caractère fictif de la prestation déclarée, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 peut suspendre la possibilité d'utiliser le dispositif.** **VI. – Dans les cas prévus aux 1° à 3° du IV, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 recouvre les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires.** **Dans le cas prévu au 1° du IV, une majoration de 10 % est applicable aux sommes dues. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle.**

	Dans le cas prévu au 2° du IV, une majoration de 50 % au plus est applicable aux sommes dues. **VII. – La décision prévue aux IV et V est notifiée à l'employeur, à la personne mentionnée au 9° de l'article L. 133-5-6 ou au salarié par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.** **Les recours formés contre les décisions individuelles prises par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 en application du présent article relèvent de la compétence des tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.** **VIII. – Un décret définit les modalités d'application des IV à VII du présent article, notamment le délai de production des justificatifs mentionnés au 3° du IV, ainsi que les conditions et la durée de l'exclusion prévue au IV et de la suspension prévue au V.**
Article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale après modification**
I.- Tout particulier domicilié en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts peut demander à utiliser un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement des prestations réellement effectuées suivantes qui sont facturées par des personnes morales ou des entreprises individuelles adhérant à ce dispositif : 1° Prestations de service à la personne réalisées à domicile selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ; 2° Prestations d'accueil des enfants réalisées hors du domicile par un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles employé par une personne morale de droit public ou de droit privé. II.- Le dispositif prévu au I du présent article permet à un particulier : 1° D'autoriser la personne morale ou l'entreprise individuelle à déclarer à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 les sommes dues au titre des prestations réellement effectuées qui ont fait l'objet d'une facturation. L'organisme de recouvrement en est simultanément informé ; 2° D'accepter ou de contester la déclaration mentionnée au 1° du présent II auprès de l'organisme de recouvrement. Sans préjudice des voies de recours qui sont ouvertes en cas de litige entre un particulier et un prestataire, cette déclaration est réputée acceptée en l'absence de contestation dans un délai de deux jours francs à compter de sa réception par le particulier ; 3° D'autoriser l'organisme de recouvrement à prélever sur un compte bancaire les sommes nécessaires au paiement des prestations acceptées, à l'expiration d'un délai de deux jours francs, après prise en compte, le cas échéant, des montants mentionnés aux 3°, 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12. III.-Le dispositif prévu au I du présent article permet à la personne morale ou à l'entreprise individuelle qui déclare les prestations : 1° D'enregistrer les particuliers qui en font la demande auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10, pour leur permettre d'utiliser ce dispositif ; 2° De déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elle a déclaré des	I.- Tout particulier domicilié en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts peut demander à utiliser un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement des prestations réellement effectuées suivantes qui sont facturées par des personnes morales ou des entreprises individuelles adhérant à ce dispositif : 1° Prestations de service à la personne réalisées à domicile selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ; 2° Prestations d'accueil des enfants réalisées hors du domicile par un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles employé par une personne morale de droit public ou de droit privé. II.- Le dispositif prévu au I du présent article permet à un particulier : 1° D'autoriser la personne morale ou l'entreprise individuelle à déclarer à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 les sommes dues au titre des prestations réellement effectuées qui ont fait l'objet d'une facturation. L'organisme de recouvrement en est simultanément informé ; 2° D'accepter ou de contester la déclaration mentionnée au 1° du présent II auprès de l'organisme de recouvrement. Sans préjudice des voies de recours qui sont ouvertes en cas de litige entre un particulier et un prestataire, cette déclaration est réputée acceptée en l'absence de contestation dans un délai de deux jours francs à compter de sa réception par le particulier ; 3° D'autoriser l'organisme de recouvrement à prélever sur un compte bancaire **domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont il est titulaire** les sommes nécessaires au paiement des prestations acceptées, à l'expiration d'un délai de deux jours francs, après prise en compte, le cas échéant, des montants mentionnés aux 3°, 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12. III.-Le dispositif prévu au I du présent article permet à la personne morale ou à l'entreprise individuelle qui déclare les prestations : 1° D'enregistrer les particuliers qui en font la demande auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10, pour leur permettre d'utiliser ce dispositif ;

prestations. La personne morale ou l'entreprise individuelle est tenue de déclarer les sommes directement reçues, le cas échéant, du particulier. Dans ce cas, le particulier et la personne morale ou l'entreprise individuelle en conservent les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ;	2° De déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elle a déclaré des prestations. ~~*La personne morale ou l'entreprise individuelle est tenue de déclarer les sommes directement reçues, le cas échéant, du particulier. Dans ce cas, le particulier et la personne morale ou l'entreprise individuelle en conservent les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3.*~~ **Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale fixe la liste des informations et pièces justificatives obligatoirement transmises avec cette déclaration ainsi que les pièces justificatives que le particulier et la personne morale ou l'entreprise individuelle sont tenus de présenter à la demande de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10. Les pièces justificatives sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ;**
3° De percevoir de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 le montant dû par chaque particulier, après déduction, le cas échéant, des sommes versées directement par celui-ci dans les conditions mentionnées au 2° du présent III.	3° De percevoir de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 le montant dû par chaque particulier, ~~*après déduction, le cas échéant, des sommes versées directement par celui-ci dans les conditions mentionnées au 2° du présent III*~~ **sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et dont elle est titulaire, sauf pour les personnes mentionnées à l'article L. 133-8-6.**
IV.-Les personnes dont l'activité consiste à mettre un particulier en relation avec une personne morale ou une entreprise individuelle réalisant les prestations mentionnées au I peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par ce prestataire, effectuer les démarches mentionnées aux 1° et 2° du III dans les conditions prévues à l'article L. 133-11.	~~*IV. Les personnes dont l'activité consiste à mettre un particulier en relation avec une personne morale ou une entreprise individuelle réalisant les prestations mentionnées au I peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par ce prestataire, effectuer les démarches mentionnées aux 1° et 2° du III dans les conditions prévues à l'article L. 133-11.*~~
Article L. 133-8-5 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 133-8-5 du code de la sécurité sociale après modification**
Toute personne morale ou entreprise individuelle réalisant des prestations de service à la personne selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail peut être autorisée, par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du présent code, à adhérer au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4, sous réserve :	Toute personne morale ou entreprise individuelle ~~*réalisant des prestations de service à la personne*~~ **mentionnée aux articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail qui exerce** selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 ~~*du code du travail*~~ **même code qui en formule la demande** peut être autorisée, par **décision du directeur de** l'organisme mentionné à l'article ~~*L. 225-1*~~ **L. 133-5-10** du présent code, à ~~*adhérer au*~~ **utiliser le** dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4, sous réserve:
1° De respecter les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation fixées aux articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail ;	1° De respecter les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation fixées aux articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail ;
2° De ne pas avoir fait l'objet d'un constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8211-1 du même code au cours des cinq années précédentes ;	2° De ne pas avoir fait l'objet d'un constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8211-1 du même code au cours des cinq années précédentes ;
3° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ;	~~*3° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ;*~~
4° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ;	~~*4° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée*~~ ;
5° D'approuver une charte d'utilisation du service établie par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui précise notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.	~~*5° D'approuver une charte d'utilisation du service établie par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui précise notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.*~~
	3° De produire, selon des modalités définies par décret, les éléments attestant du respect effectif de ses obligations

	de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ; **4° De produire, dans des conditions et sous réserve d'exceptions définies par décret, des garanties financières suffisantes. Ces garanties doivent résulter d'un engagement d'un organisme de garantie collective, d'un organisme de crédit ou d'une entreprise d'assurance établie sur le territoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'une société de financement ;** **5° De respecter les conditions générales d'utilisation du service établies conformément à l'article L. 112-9 du code des relations entre le public et l'administration et qui précisent notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.** **Chaque membre ou adhérent d'un groupement d'employeur, d'une coopérative ou d'une coopérative artisanale doit respecter les critères mentionnés aux 2°, 3° et 5°.**
Article L. 133-8-6 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 133-8-6 du code de la sécurité sociale après modification**
Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par décret : 1° Le particulier, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues après acceptation de la prestation. La personne morale ou l'entreprise individuelle qui a déclaré les prestations recouvre alors elle-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ; 2° Sans préjudice des sanctions pénales applicables, le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives ; 3° La personne qui déclare les prestations, en cas de méconnaissance des exigences résultant de la charte mentionnée au 5° de l'article L. 133-8-5.	Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif~~, dans des conditions et pour une durée fixées par décret~~ : 1° Le particulier, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues après acceptation de la prestation. La personne morale ou l'entreprise individuelle qui a déclaré les prestations recouvre alors elle-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ; ~~2° Sans préjudice des sanctions pénales applicables, le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives ;~~ **2° Le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives. Le caractère fictif de la prestation peut être apprécié en se fondant notamment sur l'absence de production de pièces établissant sa réalité et sur les justifications avancées d'une telle absence ;** **2° bis Le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui n'est pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation qu'il est tenu de conserver ;** 3° La personne qui ~~déclare les prestations~~ **utilise le dispositif**, en cas de méconnaissance des exigences résultant ~~de la charte mentionnée au 5° de l'article L. 133-8-5~~ **des dispositions légales et règlementaires du présent code relatives au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4 ainsi que des conditions générales d'utilisation du service mentionnées.** **4° La personne morale ou l'entreprise individuelle soumise à la procédure de liquidation judiciaire prévue à l'article L. 640-1 du code de commerce ;** **5° La personne morale ou l'entreprise individuelle admise à la procédure de redressement judiciaire prévue à l'article L. 631-1 du code de commerce, qui ne bénéficie pas d'un**

	plan de redressement ou qui ne justifie pas avoir été habilitée à poursuivre son activité ; **6° L'entreprise individuelle ou la personne morale dont le dirigeant a fait l'objet d'une mesure de faillite personnelle ou d'une interdiction de gérer en application des articles L. 653-1 à L. 653-8 du code de commerce ;** **7° Le groupement d'employeur, la coopérative ou coopérative artisanale, lorsqu'un de ses membres ou adhérents ne respecte pas les critères mentionnés aux 2° à 6° du présent article et aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 133-8-5 du présent code.** **Peut être suspendu de sa possibilité d'utiliser le dispositif par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le particulier, la personne morale, l'entreprise individuelle, le groupement d'employeurs, la coopérative ou la coopérative artisanale lorsque le nombre ou le montant des prestations déclarées ou acceptées est anormalement élevé ou lorsqu'il existe des indices du caractère fictif de la prestation déclarée ou acceptée.** **La décision d'exclusion ou de suspension prévue au présent article est notifiée au particulier, à la personne morale ou l'entreprise individuelle, au groupement d'employeur, à la coopérative ou à la coopérative artisanale par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code.** **Un décret définit les modalités d'application du présent article, notamment le délai de production des justificatifs mentionnés au 2° bis, ainsi que les conditions et la durée des décisions de suspension et d'exclusion.**
Article L. 133-8-7 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 133-8-7 du code de la sécurité sociale après modification**
Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 133-8-6, l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 notifie au prestataire les sommes qui lui ont été versées à tort, en l'invitant à les payer ou à produire ses observations sous un délai de trente jours puis, en l'absence de paiement ou d'observations, les recouvre par prélèvement bancaire au terme du même délai. Le cas échéant, ce même organisme restitue au particulier les montants que celui-ci a versés à tort. Si le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent article n'a pas permis de recouvrer les sommes versées à tort ou en cas de rejet total ou partiel des observations du prestataire, le directeur de l'organisme de recouvrement lui adresse, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, une mise en demeure de payer dans un délai d'un mois. La mise en demeure peut concerner plusieurs montants préalablement notifiés. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme de recouvrement 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 gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues.	Dans les cas mentionnés aux 1° ~~et 2°~~ **à 7°** de l'article L. 133-8-6, l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 notifie au prestataire les sommes **litigieuses** qui lui ont été versées ~~à tort~~, en l'invitant à les payer ou à produire ses observations sous un délai de trente jours puis, en l'absence de paiement ou d'observations, les recouvre par prélèvement bancaire au terme du même délai. Le cas échéant, ce même organisme restitue au particulier les montants que celui-ci a versés à tort. Si le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent article n'a pas permis de recouvrer les sommes versées à tort ou en cas de rejet total ou partiel des observations du prestataire, le directeur de l'organisme de recouvrement lui adresse, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, une mise en demeure de payer dans un délai d'un mois. La mise en demeure peut concerner plusieurs montants préalablement notifiés. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme de recouvrement 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 gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues.

Sauf en cas de fraude, l'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme versée à tort. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.	**En cas de déclaration et acceptation de prestations fictives, une majoration de 50 % au plus est applicable aux sommes litigieuses.** Sauf en cas de fraude, l'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme versée à tort. Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.
[Nouveau]	**Article L. 133-8-8-1 du code de la sécurité sociale [Nouveau]**
	Les recours formés contre les décisions individuelles prises par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 en application des articles L. 133-8-5, L. 133-8-6, L. 133-8-7 et L. 133-8-8 relèvent de la compétence des tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire. **L'article L. 142-4 du présent code n'est pas applicable aux décisions mentionnées aux articles L. 133-8-5 à L. 133-8-7.**
Article L. 142-4 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 142-4 du code de la sécurité sociale après modification**
Les recours contentieux formés dans les matières mentionnées aux articles L. 142-1, à l'exception du 7°, et L. 142-3 sont précédés d'un recours préalable, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Dans les matières mentionnées à l'article L. 142-3, les recours peuvent être formés par le demandeur, ses débiteurs d'aliments, l'établissement ou le service qui fournit les prestations, le représentant de l'Etat dans le département, les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole intéressés. Le présent article n'est pas applicable aux décisions mentionnées aux articles L. 114-17, L. 114-17-1, L. 162-12-16 et L. 162-34.	Les recours contentieux formés dans les matières mentionnées aux articles L. 142-1, à l'exception du 7°, et L. 142-3 sont précédés d'un recours préalable, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Dans les matières mentionnées à l'article L. 142-3, les recours peuvent être formés par le demandeur, ses débiteurs d'aliments, l'établissement ou le service qui fournit les prestations, le représentant de l'Etat dans le département, les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole intéressés. Le présent article n'est pas applicable aux décisions mentionnées aux articles L. 114-17, L. 114-17-1, **L. 133-8-5 à L. 133-8-7,** L. 162-12-16 et L. 162-34.
Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale après modification**
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée : 1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ; 2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; 3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ; 3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée : 1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ; 2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; 3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ; 3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement ~~*à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et*~~ à porter les litiges devant la Cour de cassation ;

3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;	3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;
3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;	3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;
4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ;	4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ;
5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.	5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.
Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :	Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :
a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;	a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;
b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;	b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;
c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;	c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;
d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;	d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;
e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;	e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;
f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code.	f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code.
Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1er janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence.	Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1er janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence.
Sans préjudice de l'application des troisième à dixième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des	Sans préjudice de l'application des troisième à dixième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des

frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat. 5° bis De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ; 6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier. 7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du présent code et à l'article L. 6527-1 du code des transports, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 6527-2 du code des transports ; 7° bis De compenser la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable aux cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a à f de l'article L. 5427-1 du code du travail ; 8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.	frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat. 5° bis De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ; 6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier. 7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du présent code et à l'article L. 6527-1 du code des transports, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 6527-2 du code des transports ; 7° bis De compenser la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable aux cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a à f de l'article L. 5427-1 du code du travail ; 8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.
Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale après modification**
Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au dernier alinéa, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général ou qui déclare la réalisation de prestations en vue de bénéficier du versement prévu au 3° du III de l'article L. 133-8-4 est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les agents chargés du contrôle peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement des 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. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent,	Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au dernier alinéa, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général ou qui déclare la réalisation de prestations en vue de bénéficier du versement prévu au 3° du III de l'article L. 133-8-4 est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les agents chargés du contrôle peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement des 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. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. **Dans le cadre de leurs missions, ils ne sont pas tenus par la qualification donnée par la personne contrôlée aux faits qui leur sont soumis.** Ces agents ont qualité pour dresser en

aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.	cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.
Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le contrôle et le recouvrement des sommes qui en découlent sont soumis, sous les réserves fixées le cas échéant par décret en Conseil d'Etat, aux règles, garanties et sanctions applicables pour les cotisations du régime général de sécurité sociale.	Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le contrôle et le recouvrement des sommes qui en découlent sont soumis, sous les réserves fixées le cas échéant par décret en Conseil d'Etat, aux règles, garanties et sanctions applicables pour les cotisations du régime général de sécurité sociale.
La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.	La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.
Article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale après modification**
A l'issue d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, l'agent chargé du contrôle adresse à la personne contrôlée une lettre mentionnant, s'il y a lieu, les observations constatées au cours du contrôle et engageant la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure ou avertissement en application de l'article L. 244-2 ou à toute mise en œuvre des procédures de recouvrement mentionnées à l'article L. 133-8-7. Dans ce dernier cas, la lettre vaut notification des sommes versées à tort et procède à l'invitation prévue au premier alinéa du même article L. 133-8-7.	A l'issue d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, l'agent chargé du contrôle adresse à la personne contrôlée une lettre mentionnant, s'il y a lieu, les observations constatées au cours du contrôle et engageant la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure ou avertissement en application de l'article L. 244-2 ou à toute mise en œuvre des procédures de recouvrement mentionnées à l'article L. 133-8-7. Dans ce dernier cas, la lettre vaut notification des sommes versées à tort et procède à l'invitation prévue au premier alinéa du même article L. 133-8-7.
La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande de la personne contrôlée reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 133-8-7 ou celle prévue à l'article L. 243-7-2 ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.	La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande de la personne contrôlée reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 133-8-7 ~~ou celle prévue à l'article L. 243-7-2~~ ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.
Article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale après modification**
Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les	Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les

contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles. En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également, dans les conditions prévues par l'article L. 225-1-1, soumettre le litige à l'avis du comité. Quel que soit l'avis rendu par le comité, les organismes de recouvrement supportent la charge de la preuve en cas de réclamation. La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-3 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis. L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.	contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles. ~~*En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également, dans les conditions prévues par l'article L. 225-1-1, soumettre le litige à l'avis du comité. Quel que soit l'avis rendu par le comité, les organismes de recouvrement supportent la charge de la preuve en cas de réclamation.*~~ **L'abus de droit entraîne l'application par l'organisme mentionné au premier alinéa d'une pénalité d'un montant égal à 20 % du montant des cotisations et contributions sociales dues**, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. **En cas de contestation, la charge de la preuve est supportée par les organismes mentionnés au premier alinéa.** ~~*La procédure définie au présent article*~~ **Le présent article** n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-3 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis. ~~*L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues.*~~ ~~*Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article,*~~ notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit~~.~~
Article L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime avant modification	**Article L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime après modification**
Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent demander aux cotisants, aux bénéficiaires de prestations, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit leur nom, leur adresse, leur emploi, le montant de leurs revenus ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission. Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou de leur enquête. Ces dispositions concernent également, pour l'application des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles, les agents chargés du contrôle de la prévention.	Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent demander aux cotisants, aux bénéficiaires de prestations, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit leur nom, leur adresse, leur emploi, le montant de leurs revenus ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission. Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou de leur enquête. Ces dispositions concernent également, pour l'application des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles, les agents chargés du contrôle de la prévention. **Les agents mentionnés au premier alinéa ne sont pas tenus par la qualification donnée par la personne contrôlée aux faits qui** leur sont soumis.

A l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer aux personnes contrôlées leurs observations sur les cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé. Cette communication engage la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure en application du septième alinéa de l'article L. 725-3. A l'expiration de ce délai, ils transmettent au directeur de la caisse de mutualité sociale agricole leurs observations accompagnées de la réponse éventuelle de l'intéressé. La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 du présent code ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.	A l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer aux personnes contrôlées leurs observations sur les cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé. Cette communication engage la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure en application du septième alinéa de l'article L. 725-3. A l'expiration de ce délai, ils transmettent au directeur de la caisse de mutualité sociale agricole leurs observations accompagnées de la réponse éventuelle de l'intéressé. La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des ~~*situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 du présent code ou en*~~ cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.
Article L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime avant modification	**Article L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime après modification**
I.-En cas de fraude ou de fausse déclaration, les délais mentionnés au I de l'article L. 725-7 et au 1° de l'article L. 725-3 sont portés à cinq ans. II.-Dans le cas d'un contrôle mentionné aux articles L. 724-7 et L. 724-11, le délai de prescription des cotisations, contributions, pénalités et majorations de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 724-11.	I.-En cas de fraude ou de fausse déclaration, les délais mentionnés au I de l'article L. 725-7 et au 1° de l'article L. 725-3 sont portés à cinq ans. II.-Dans le cas d'un contrôle mentionné aux articles L. 724-7 et L. 724-11, le délai de prescription des cotisations, contributions, pénalités et majorations de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée au ~~*quatrième*~~ **cinquième** alinéa de l'article L. 724-11.
Article L. 725-25 du code rural et de la pêche maritime avant modification	**Article L. 725-25 du code rural et de la pêche maritime après modification**
Afin d'en restituer le véritable caractère, les caisses de mutualité sociale agricole sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles. En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent également soumettre le litige à l'avis du comité. Quel que soit l'avis rendu par le comité, les caisses de mutualité sociale agricole supportent la charge de la preuve en cas de réclamation. La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l'article L. 725-24 en fournissant aux caisses de mutualité sociale agricole concernées tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces caisses n'ont pas répondu dans les délais requis.	~~*Afin d'en restituer le véritable caractère, les caisses de mutualité sociale agricole sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles.*~~ ~~*En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent également soumettre le litige à l'avis du comité. Quel que soit l'avis rendu par le comité, les caisses de mutualité sociale agricole supportent la charge de la preuve en cas de réclamation.*~~ ~~*La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l'article L. 725-24 en fournissant aux caisses de mutualité sociale agricole concernées tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces caisses n'ont pas répondu dans les délais requis.*~~ ~~*L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues.*~~ ~~*Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition,*~~

L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.	~~*l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.*~~ **L'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole sous réserve des adaptations particulières suivantes :** **1°** Les compétences exercées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale sont exercées par les caisses de mutualité sociale agricole ; **2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé : « Le présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions de l'article L. 725-24 en communiquant aux caisses de mutualité sociale agricole tous les éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis.**
Article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire avant modification	**Article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire après modification**
Des tribunaux judiciaires spécialement désignés connaissent : 1° Des litiges relevant du contentieux de la sécurité sociale défini à l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux mentionnés au 7° du même article L. 142-1 ; 2° Des litiges relevant de l'admission à l'aide sociale mentionnés à l'article L. 134-3 du code de l'action sociale et des familles et des litiges relatifs aux décisions prises en application du chapitre Ier du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale ; 3° Des litiges relevant de l'application de l'article L. 4162-13 du code du travail.	Des tribunaux judiciaires spécialement désignés connaissent : 1° Des litiges relevant du contentieux de la sécurité sociale défini à l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux mentionnés au 7° du même article L. 142-1 ; 2° Des litiges relevant de l'admission à l'aide sociale mentionnés à l'article L. 134-3 du code de l'action sociale et des familles et des litiges relatifs aux décisions prises en application du chapitre Ier du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale ; 3° Des litiges relevant de l'application de l'article L. 4162-13 du code du travail. **4° Des litiges relatifs aux décisions individuelles prises par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en application des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-5 à L. 133-8-8 du même code.**
Article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 avant modification	**Article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 après modification**
I. - 1. Dans la perspective de l'entrée en vigueur de l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, à titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1er janvier 2020 et une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2023, à un dispositif les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article. 2. Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes volontaires mentionnées au 1, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts et relevant d'une des catégories suivantes : a) Particuliers employeurs, y compris lorsqu'ils ont recours à un organisme mentionné au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail dès lors qu'ils procèdent eux-mêmes au	I. - 1. Dans la perspective de l'entrée en vigueur de l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, à titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1er janvier 2020 et une date fixée par décret, et au plus tard le ~~*31 décembre 2023*~~ **1er juillet 2027**, à un dispositif les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article. 2. Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes volontaires mentionnées au 1, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts et relevant d'une des catégories suivantes : a) Particuliers employeurs, y compris lorsqu'ils ont recours à un organisme mentionné au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail dès lors qu'ils procèdent eux-mêmes au

versement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi des salariés concernés ; b) Particuliers recourant à une entreprise, une association définie au même article L. 7232-6, en dehors de ceux mentionnés au a du présent 2. 3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes : a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ; b) L'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale ; c) L'aide spécifique mentionnée au 6° du même II ; d) La prestation sociale mentionnée à l'article L. 531-8-1 du même code pour les particuliers mentionnés au a du 2 du présent I. 4. Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation ainsi que les modalités de sa mise en place. II. - Les aides et les prestations mentionnées au 3 du I du présent article sont versées, pour les particuliers mentionnés au a du 2 du même I, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale et, pour les particuliers mentionnés au b du 2 du I du présent article, dans les conditions prévues à l'article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale. III. - Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions : 1° Avec la direction générale des finances publiques, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives : a) A la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ; b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et des aides spécifiques mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'Etat à l'organisme des aides spécifiques, postérieurement à la liquidation des crédits d'impôt mentionnés aux articles 199 sexdecies et 200 quater B du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ; 2° Avec les présidents des conseils départementaux participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives aux personnes, aux montants et à la nature des prestations sociales bénéficiant aux personnes mentionnées au 2 du I du présent article ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ; 3° Avec les entreprises ou associations mentionnées à l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux particuliers qui ont recours à leurs services, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes. IV. - L'expérimentation est conduite sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions des b à d du 3 du I et du 1° du III après le 31 décembre 2023. Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2023, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité des crédits d'impôt mentionnés aux articles 199 sexdecies et 200 quater B du code général des impôts sur la participation financière des bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale, d'une part, et sur les	versement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi des salariés concernés ; b) Particuliers recourant à une entreprise, une association définie au même article L. 7232-6, en dehors de ceux mentionnés au a du présent 2. 3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes : a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ; b) L'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale ; c) L'aide spécifique mentionnée au 6° du même II ; d) La prestation sociale mentionnée à l'article L. 531-8-1 du même code pour les particuliers mentionnés au a du 2 du présent I. 4. Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation ainsi que les modalités de sa mise en place. II. - Les aides et les prestations mentionnées au 3 du I du présent article sont versées, pour les particuliers mentionnés au a du 2 du même I, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale et, pour les particuliers mentionnés au b du 2 du I du présent article, dans les conditions prévues à l'article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale. II. - Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions : 1° Avec la direction générale des finances publiques, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives : a) A la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ; b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et des aides spécifiques mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'Etat à l'organisme des aides spécifiques, postérieurement à la liquidation des crédits d'impôt mentionnés aux articles 199 sexdecies et 200 quater B du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ; 2° Avec les présidents des conseils départementaux participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives aux personnes, aux montants et à la nature des prestations sociales bénéficiant aux personnes mentionnées au 2 du I du présent article ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ; 3° Avec les entreprises ou associations mentionnées à l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux particuliers qui ont recours à leurs services, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes. IV. - L'expérimentation est conduite sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions des b à d du 3 du I et du 1° du III après le 31 décembre 2023 **pour les particuliers mentionnés au a et b du 2 du I acceptés avant cette même date par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale**. Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2023, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité des crédits d'impôt mentionnés aux articles 199 sexdecies et 200 quater B du code général des impôts sur la participation financière des bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du

coûts induits par l'application du 2 du I du présent article pour les organismes, entreprises ou associations mentionnés aux a et b du même 2 participant à l'expérimentation, d'autre part.	code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale, d'une part, et sur les coûts induits par l'application du 2 du I du présent article pour les organismes, entreprises ou associations mentionnés aux a et b du même 2 participant à l'expérimentation, d'autre part.
Article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 avant modification	**Article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 après modification**
IV. - Les 1° et 5° du I s'appliquent aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile par des particuliers employeurs courant à compter du 1er janvier 2022 pour les activités de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail et à compter du 1er septembre 2022 pour les activités de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de six ans et plus au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations. Ils s'appliquent à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1er janvier 2024, pour les activités de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de moins de six ans au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations et pour les activités d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles. Les 4° et 5° du I du présent article s'appliquent aux prestations de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles à compter du 14 juin 2022 et aux prestations de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de six ans et plus au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations à compter du 1er septembre 2022. Ils s'appliquent, à compter d'une date fixée par décret ou au plus tard le 1er janvier 2024, aux prestations de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de moins de six ans au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations et aux prestations d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles. Le 3° du I du présent article s'applique aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1er janvier 2024. Le 6° du même I entre en vigueur le 1er janvier 2024.	IV. - Les 1° et 5° du I s'appliquent aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile par des particuliers employeurs courant à compter du 1er janvier 2022 pour les activités de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail et à compter du 1er septembre 2022 pour les activités de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de six ans et plus au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations. Ils s'appliquent à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du ~~*1er janvier 2024*~~ **1er juillet 2026**, pour les activités de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de moins de six ans au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations et pour les activités d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles. Les 4° et 5° du I du présent article s'appliquent aux prestations de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles à compter du 14 juin 2022 et aux prestations de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de six ans et plus au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations à compter du 1er septembre 2022. Ils s'appliquent, à compter d'une date fixée par décret ou au plus tard le ~~*1er janvier 2024*~~ **1er juillet 2026**, aux prestations de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de moins de six ans au 1er janvier de l'année de réalisation des prestations et aux prestations d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles. Le 3° du I du présent article s'applique aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du ~~*1er janvier 2024*~~ **1er juillet 2027**. Le 6° du même I entre en vigueur le 1er janvier 2024.

Article 6 – Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Au 1er janvier 2023, la France comptait 2,44 millions de micro-entrepreneurs administrativement actifs[1], soit 208 000 de plus par rapport à l'année précédente[2] Les micro-entrepreneurs représentent désormais la majorité des travailleurs indépendants (54,2 % fin 2021 selon l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale - ACOSS) et une part prédominante des créations d'entreprises (61 % en 2022 selon l'INSEE). L'économie des plateformes numériques a contribué à cette dynamique : environ 10 % des micro-entrepreneurs y exerceraient leur activité d'après le Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS)[3]. L'ACOSS a identifié quant à elle 206 000 micro-entrepreneurs utilisateurs de plateformes en 2022[4].

Le dynamisme de cette population, jusqu'ici peu ou pas contrôlée, accroit les risques de fraude en l'absence de déclaration ou minoration de revenus. Ainsi, selon les dernières estimations du HCFiPS[5] : la part de cotisations éludées serait comprise entre 17 % et 26 % des cotisations dues par les micro-entrepreneurs, soit un manque à gagner de l'ordre de 1 Md€ à 1,5 Md€ en 2021 pour la sécurité sociale. Ces taux sont encore plus élevés chez les micro-entrepreneurs utilisateurs de plateforme : selon une première évaluation de l'ACOSS, 69 % d'entre eux déclarent à l'Urssaf des chiffres d'affaires inférieurs aux montants des transactions enregistrées par les plateformes et 55 % d'entre eux ne déclarent rien. Les montants de cotisation éludés sont évalués à 175 M€ soit 42 % des sommes perçues.

Cette sous-déclaration structurelle des cotisations sociales représente un manque à gagner pour la sécurité sociale. Elle alimente en outre de la concurrence déloyale au sein de secteurs où travaillent également des travailleurs indépendants « classiques » et des salariés[6]. Elle minore enfin les droits sociaux qui devraient être acquis par les micro-entrepreneurs (IJ maladie, prestations maternité-paternité, retraite et invalidité-décès et droits à la formation professionnelle).

Pour accompagner les micro-entrepreneurs recourant aux services d'une plateforme dans la réalisation de leurs obligations déclaratives et de paiement, une offre optionnelle de tierce déclaration a été déployée à l'échelle nationale en septembre 2020. Cette offre de Tierce Déclaration des auto-entrepreneurs (TDAE), créée en collaboration avec des plateformes du numérique, permet aux micro-entrepreneurs de déléguer aux plateformes sur lesquelles ils déclarent leurs revenus, la déclaration et la mise en paiement de leurs cotisations. Seules dix plateformes partenaires y ont toutefois adhéré. La mise en place d'une obligation paraît dès lors nécessaire pour inciter les acteurs à s'inscrire dans un schéma où l'opérateur de plateforme réalise les démarches liées à la déclaration et au paiement des cotisations à la place du travailleur.

La mise en place de telles obligations nécessite le recours à la loi : l'article L. 613-6 du code de la sécurité sociale (CSS) permet en effet déjà aux micro-entrepreneurs de mandater les plateformes pour déclarer leur chiffre d'affaires (CA) et payer leurs cotisations et contributions auprès des Urssaf. Il devra être modifié si cette possibilité se transforme en obligation.

b) Mesure proposée

Afin de lutter contre la sous-déclaration observée de l'activité réalisée par les microentrepreneurs recourant à des plateformes numériques, différentes mesures ont été annoncées dans le cadre de la feuille de route gouvernementale de lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques de mai 2023 et ont été intégrées aux engagements pris dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion Etat-ACOSS 2023-2027.

Toutes ne nécessitent pas de vecteur législatif. Ainsi seules des disposition d'ordre réglementaire sont nécessaires pour accompagner le déploiement, à compter de 2024, d'un guichet de régularisation amiable des dettes sociales.

Il s'avère toutefois nécessaire de faire évoluer la loi pour mettre en œuvre deux des mesures proposées :

---

[1] Est considéré comme administrativement actif un micro-entrepreneurs ayant été immatriculé avant ou pendant la période et non radié au cours de cette période, qu'il ait déclaré ou pas un chiffre d'affaires positif. La part des auto-entrepreneurs économiquement actifs (c'est-à-dire ayant déclaré un chiffre d'affaires positif sur la période étudiée) s'établit à 56% (soit 1,36 millions de micro-entrepreneurs).

[2] Selon la note de conjoncture de l'URSSAF de juillet 2023, s'appuyant sur les chiffres de l'INSEE.

[3] Dans son rapport de 2023 sur l'Avenir du recouvrement social (partie 2), le HCFiPS souligne « l'absence de données fiables, consensuelles et actualisées » concernant le nombre exact de collaborateurs de plateformes.

[4] L'analyse de l'ACOSS s'appuie sur les données déclarées par les plateformes à la DGFiP sur les transactions réalisées en 2022

[5] HCFiPS (2022), Compte-rendu de la réunion du 10 novembre 2022 de l'observatoire du travail dissimulé, https://www.strategie.gouv.fr/publications/observatoire-travail-dissimule-reunion-10112022, et HCFiPS (2023), L'Avenir du recouvrement social (Partie 2)

[6] A titre de comparaison, la part des cotisations éludées par les travailleurs indépendants « classiques » serait comprise entre 0,7 % et 1,3 % des cotisations dues (HCFiPS, Observatoire du travail dissimulé, note de synthèse, novembre 2021).

- **la transmission des chiffre d'affaires des utilisateurs de plateformes** aux Urssaf afin de fiabiliser les régularisations. Cette transmission se fera par le biais d'une exploitation des données que les opérateurs de plateforme déclarent déjà aujourd'hui annuellement à l'administration fiscale, ou à ses partenaires européens[1], et qui seront enrichies d'éléments permettant d'améliorer l'identification des vendeurs et prestataires redevables de cotisations sociales en France qui ne seraient pas connues des Urssaf. Ces données sont déjà transmises à l'ACOSS en application des dispositions de l'article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale ;

- ainsi que la mise en place d'une **obligation de prélèvement par les plateformes numériques des cotisations et contributions sociales dues par les micro-entrepreneurs**, mais également par les utilisateurs ayant préféré opté pour une affiliation au régime général lorsqu'ils y sont éligibles[2], sur les transactions réalisées *via* leur intermédiaire.

- Périmètre de l'obligation de prélèvement

Les plateformes concernées seraient celles entrant dans le champ de l'obligation d'information définie à l'article L. 242 *bis* du code général des impôts (CGI) en matière fiscale : *« L'entreprise, quel que soit son lieu d'établissement, qui, en qualité d'opérateur de plateforme, met en relation des personnes par voie électronique en vue de la vente d'un bien, de la fourniture d'un service ou de l'échange ou du partage d'un bien ou d'un service »*. Tous les secteurs d'activité relevant de l'économie des plateformes numériques seraient concernés.

Toutefois, seules les opérations pour lesquelles la plateforme joue un rôle d'intermédiation financière entreraient dans le champ de l'obligation, l'imputation des cotisations sur la rémunération par la plateforme n'étant réalisable que si la rémunération transite par la plateforme.

Les utilisateurs concernés seraient ceux soumis à une obligation d'affiliation et ayant fait le choix du régime micro-entrepreneur. Ce régime présente en effet des modalités de calcul et de règlement des cotisations sociales très simples qui permettent d'envisager qu'elles puissent être réalisées par un opérateur de plateforme. Tous les travailleurs indépendants relevant du régime micro-social[3], qu'ils soient artisans, commerçants, professionnels libéraux relevant de la Caisse de retraite des professions libérales (CIPAV)[4], entreraient ainsi dans le périmètre de ces nouvelles obligations, dès lors qu'ils réalisent une partie de leur chiffre d'affaires *via* une plateforme numérique.

Ne seraient donc concernés ni les travailleurs indépendants ayant fait le choix de l'entreprise individuelle et cotisant sur leurs revenus réels, ni ceux exerçant sous la forme de sociétés (SARL, SASU), ni ceux exerçant une activité considérée comme non-professionnelle dans les secteurs où un seuil financier détermine l'obligation d'affiliation au régime social (location de logement meublé de courte ou longue durée, de tourisme classé courte durée et de chambre d'hôtes et la location de biens[5])..

Toutes les cotisations, contributions et taxes dues par les micro-entrepreneurs concernés et aujourd'hui recouvrées par les Urssaf entreraient dans le champ des nouvelles obligations déclaratives et de paiement faites aux opérateurs de plateforme, y compris donc, en plus des cotisations et contributions relatives à la protection sociale obligatoire, la contribution à la formation professionnelle (CFP) et les taxes pour frais de chambre consulaire mais à l'exclusion de la cotisation foncière des entreprises (CFE) et de la taxe sur la valeur ajoutée, toutes deux aujourd'hui recouvrées par les services fiscaux.

L'impôt sur le revenu (IR) sera également précompté pour les micro-entrepreneurs ayant opté pour le versement libératoire de cet impôt en même temps que le paiement de leurs cotisations et contributions sociales.

- Modalités de mise en œuvre

Concrètement, la mise en œuvre du prélèvement se traduira par la mise en place d'un nouveau flux de données entre l'ACOSS d'une part et les opérateurs de plateforme d'autre part ainsi que par la mise à disposition des opérateurs de plateforme d'un service leur permettant de déclarer et de payer les sommes dues par leurs utilisateurs auprès de l'Urssaf. En effet, pour limiter la charge en gestion pour les opérateurs de plateformes tout en sécurisant les montants précomptés, il est prévu que l'ACOSS transmette aux plateformes les informations nécessaires à l'application du prélèvement. Pour ce faire, les plateformes interrogeront une interface de programmation d'application (API) gérée par l'ACOSS sur laquelle elles

[1] Conformément aux dispositions de la directive (UE) 2021/514 du Conseil du 22 mars 2021 modifiant la directive 2011/16/UE relative à la coopération administrative dans le domaine fiscal, dite directive « DAC 7 »

[2] L'affiliation au régime général est possible notamment titre d'une activité de location d'un bien ou d'un logement meublé de courte durée. Cette option permet d'éviter d'être affilié à des régimes différents, notamment pour les salariés, les retraités et les étudiants.

[3] Peuvent relever du régime de la micro-entreprise (et donc au régime micro-social ainsi qu'au régime micro-fiscal) les entrepreneurs dont le CA hors taxes ne dépasse pas 188 700 € pour une activité de vente ou de fourniture de logement tels que tourisme classé et chambre d'hôtes et 77 700 € pour les prestations de services et les professions libérales.

[4] Psychothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, experts devant les tribunaux, experts automobile, mandataires judiciaires à la protection des majeurs, architectes, architectes d'intérieur, économistes de la construction, géomètres-experts, ingénieurs-conseils, maîtres d'œuvre, artistes autres que les artistes auteurs, guides conférencier, moniteurs de ski, guides de haute montagne et accompagnateurs de moyenne montagne.

[5] Bien que redevables de la CSG et de la CRDS, les loueurs de meublés non-professionnels ne seraient pas concernés par l'obligation de tierce déclaration et de prélèvement puisque les cotisations dues sont versées à la DGFiP au moment de la déclaration obligatoire de revenu. Notons également qu'en cas d'option pour le versement libératoire, l'obligation de déclaration des revenus à l'administration fiscale persiste et que les modalités de versement de la CSG et de la CRDS ne changent donc pas.

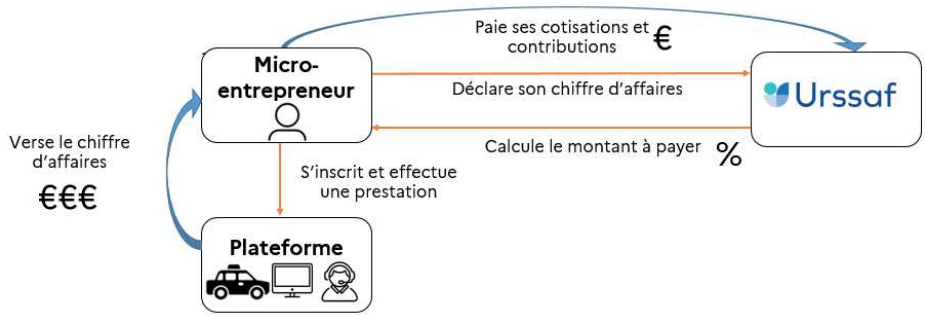
renseigneront les données d'identification des utilisateurs[1]. Grâce à l'API, la plateforme saura, pour chaque utilisateur, s'il doit être précompté ou non et, le cas échéant, le taux applicable. Les plateformes n'auront donc pas à connaître *a priori* le statut de l'utilisateur ni à calculer le taux de prélèvement elles-mêmes. Ces informations lui seront transmises par l'ACOSS, qui dispose quant à elle des sous-jacents du calcul, à savoir :

- le statut sous lequel le professionnel exerce son activité ;
- la catégorie professionnelle dont dépend le montant de la contribution à la formation professionnelle (CFP) ;
- le montant du chiffre d'affaires de l'année N-1 qui permet d'apprécier le seuil d'assujettissement à la taxe pour frais de chambre de commerce ou de métiers qui est due à compter de la deuxième année d'activité ;
- l'information relative à l'option d'un versement libératoire de l'impôt sur le revenu (IR) quand elle est choisie ;
- l'information relative au bénéfice de l'aide à la création et à la reprise d'entreprise (ACRE) qui permet de profiter d'un taux minoré de cotisation jusqu'à la fin du 3e trimestre civil suivant la date de début d'activité et de cette date elle-même pour les micro-entrepreneurs concernés.

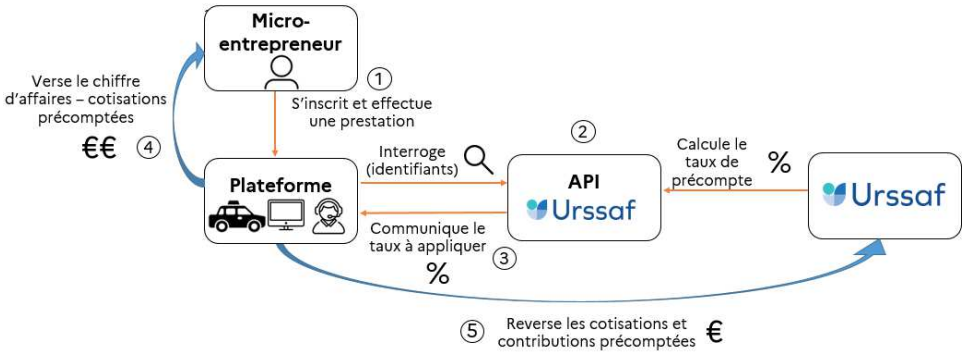
Sur cette base, les plateformes prélèveront les cotisations et contributions sociales et, le cas échéant, les taxes et impôts dus par les micro-entrepreneurs et les utilisateurs affiliés au régime général et les reverseront mensuellement à l'ACOSS ou à une l'Urssaf désignée par son directeur, accompagnées de la déclaration des chiffres d'affaires correspondant. Les utilisateurs concernés n'auront plus à s'en acquitter eux-mêmes mensuellement ou trimestriellement comme ils le devaient depuis leur espace en ligne dédié.

Le schéma déclaratif et de paiement des cotisations et contributions des micro-entrepreneurs et les utilisateurs affiliés au régime général, utilisateurs de plateformes serait donc modifié comme suit :

Situation actuelle :



Mesure proposée :



Pour s'assurer que les chiffres d'affaires et recettes réalisés par l'ensemble des utilisateurs professionnels éligibles sont effectivement précomptés et versés, l'ACOSS et les Urssaf disposeront de deux moyens :

- d'une part, les plateformes seront dans l'obligation de transmettre à l'ACOSS des données permettant d'identifier leurs utilisateurs. Cette transmission leur permettra d'être informées, en retour, des utilisateurs redevables de cotisations et contributions sociales pour lesquels elles devront procéder au prélèvement ;

[1] Notamment leurs noms, prénoms, dates de naissance et SIRET, informations que la plateforme recueille au moment de l'inscription de l'utilisateur.

- d'autre part, les Urssaf pourront exploiter les données qui vont leur être transmises annuellement par la direction générale des finances publiques (DGFiP), en application des dispositions prévues à l'article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale, afin de s'assurer de la complétude de leurs fichiers de cotisants à prélever. Ces données, collectées par les services fiscaux auprès des opérateurs de plateformes établis en France ou auprès d'autres Etats dans le cadre d'une directive européenne[1], comportent en effet des éléments relatifs à l'identité des utilisateurs ayant procédé à des opérations de vente ou à la fourniture de services par l'intermédiaire de plateformes numériques et aux montants des transactions réalisées. Afin de s'assurer de la qualité des données transmises, il est proposé d'autoriser explicitement les services fiscaux à transmettre aux Urssaf non seulement les données brutes collectées mais également des données redressées quand des corrections ou compléments ont été apportés par les services de la DGFiP

c) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de mettre en place uniquement une obligation de tierce-déclaration, sans prélèvement des cotisations à la source par le verseur de revenus. Cependant, la tierce-déclaration ne garantit pas que les cotisations et contributions dues soient effectivement recouvrées, alors que le prélèvement assure qu'elles le soient à l'exigibilité. Elle ne simplifierait pas les obligations des micro-entrepreneurs et n'empêcherait pas non plus d'éluder l'acquittement de ces obligations. Une telle mesure aurait donc été moins efficace.

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

La mesure relève à plusieurs titres de la LFSS :

- en application du 1° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale car elle a un effet permanent, à compter de 2025, sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ;
- en application du 2° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale car elle présente également un effet sur les règles relatives aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées à ces mêmes régimes obligatoires de base et organismes ;
- et car la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux participe de l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. La lutte contre toute forme de fraude aux finances publiques constitue en effet un impératif d'efficacité économique et de justice sociale, à caractère d'exigence constitutionnelle (Décision n°2010-622 DC du 28 décembre 2010).

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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.

[1] Directive (UE) 2021/514 du Conseil du 22 mars 2021 modifiant la directive 2011/16/UE relative à la coopération administrative dans le domaine fiscal, dite « DAC 7 ».

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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 de l'Union européenne dans la mesure où l'obligation de prélèvement a vocation à s'imposer à tous les opérateurs de plateformes dont les utilisateurs exercent une activité en France quel que soit leur lieu d'établissement.

En effet, dans un arrêt de 2022[1], la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a estimé que l'obligation de retenue de l'impôt à la source sur les loyers perçus, imposées par le Gouvernement italien aux personnes exerçant une activité d'intermédiation immobilière, ainsi que la communication aux services fiscaux de données relatives aux contrats de location conclus à la suite de leur activité intermédiation, ne portait pas atteinte à la libre prestation des services car ces obligations s'imposaient à l'ensemble des prestataires proposant leur service en Italie et étaient donc conformes aux dispositions de l'article 56 du Traité de fonctionnement de l'Union européenne (TFUE).

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 114-19-1, L. 613-6 et L. 613-8 du code de la sécurité sociale et création d'un nouvel article L. 613-6-1.

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 non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le gain pérenne attendu, à compter de la mise en place de la nouvelle obligation de prélèvement correspond au montant des cotisations et contributions que l'on estime aujourd'hui éludées, estimé à 144 M€ en 2021[2] et à 175 M€ en 2022. Ce montant est déterminé à partir du chiffre d'affaire non-déclaré par les micro-entrepreneurs utilisateurs de plateformes, estimé à 927 M€ par l'ACOSS en 2022 (814 M€ en 2021), auquel est appliqué le taux de cotisations apparent constaté par secteur d'activité, c'est-à-dire le taux de cotisations global prévu à l'article D. 613-4 du code de la sécurité sociale, après prise en compte éventuelle du bénéfice de l'aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise (ACRE). Au regard du dynamisme de la population, le montant des cotisations éludées, en l'absence de prélèvement, ne pourrait que croitre. Le prélèvement permettrait de diminuer très fortement ce manque à gagner. Combiné au guichet de régularisation, le gain de cette mesure s'élèverait à 200 M€.

Outre les régimes de sécurité sociale, la mise en place du prélèvement améliorera également le recouvrement de la taxe pour frais de chambre consulaire, due à compter de la deuxième année d'activité et qui représente de 0,007 % à 0,480 % du

[1] CJUE, 22 décembre 2022, Airbnb Ireland UV plc et Airbnb Payments UK, C-83-21

[2] Les estimations portant sur les données de l'année 2021 figurent dans le rapport du HCFiPS sur l'avenir du recouvrement social (Partie 2 « Les nouveaux enjeux du contrôle et de la lutte contre les fraudes ») de février 2023 et ont été reprises dans la feuille de route « Lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques » de mai 2023. Elles ont été actualisées depuis par les services de l'ACOSS pour tenir compte des dernières données disponibles, au titre de l'année 2022.

chiffre d'affaires s'il est supérieur à 5 000€, ainsi qu'à la contribution à la formation professionnelle (0,1 % à 0,3 % du chiffre d'affaires).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS (ACOSS)			+15	+27	+145
- Maladie			+4	+8	+44
- AT-MP					
- Famille			+1	+1	+6
- Vieillesse			+8	+16	+83
- Autonomie			+1	+2	+12
(Autre : État, etc.)			+20	+10	+55

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

a) impacts économiques

La mesure va permettre de garantir une concurrence loyale entre acteurs dans des secteurs, de plus en plus nombreux, où les plateformes d'intermédiation proposent leurs services et où la non ou sous-déclaration des cotisations et contributions sociales est parfois importante.

b) impacts sociaux

Cette mesure va permettre, par un prélèvement de leurs cotisations et contributions sociales dues dès la rétribution de leur activité, de sécuriser les droits des micro-entrepreneurs (indemnités journalières maladie, prestations maternité-paternité, retraite et invalidité-décès et droits à la formation professionnelle) et de leur garantir ainsi l'accès à des prestations dont ils peuvent aujourd'hui se retrouver privés par la sous-déclaration de leurs revenus. L'amélioration de leurs accès aux droits revêt une importance d'autant plus grande qu'il s'agit de populations plus particulièrement vulnérables.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure permet d'améliorer les droits sociaux des micro-entrepreneurs utilisateurs de plateformes et ce, dès la création de l'entreprise. Cette mesure aura ainsi un impact sur le niveau de protection sociales des entrepreneurs de moins de 30 ans qui représentent 41 % des créations d'entreprises par les micro-entrepreneurs (contre 35 % chez les créateurs d'entreprises individuelles classiques)[1].

- ***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.

[1] INSEE, « Essor des créations de sociétés et de microentrepreneurs- en 2021 », Insee Première n° 1892, février 2022.

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

La mesure visant à simplifier les démarches administratives et à renforcer les droits sociaux des micro-entrepreneurs, aucune contrainte supplémentaire ne pèsera sur les redevables. Au contraire, leurs formalités seront allégées car ils n'auront plus à effectuer leur déclaration mensuelle ou trimestrielle liée à leur activité sur les plateformes intermédiées et à payer eux-mêmes leurs cotisations sociales et taxes qui seront directement prélevées.

Comme évoqué *supra*, elle va certes imposer aux opérateurs de plateformes d'effectuer une démarche nouvelle qui nécessitera de procéder à des développements informatiques et d'informer et de répondre aux questions de leurs utilisateurs Ce type d'obligations n'est cependant pas nouveau, puisqu'il existe par exemple déjà une obligation de transmission des chiffres d'affaires aux administrations fiscales. Ce système existe par ailleurs déjà pour d'autres catégories de travailleurs non-salariés (artistes-auteurs recourant à un diffuseur). En outre, la mise en place d'une API pour que les plateformes puissent interroger l'ACOSS afin de savoir si leurs utilisateurs doivent être prélevées et à quel taux facilitera la mise en œuvre du prélèvement par celles-ci.

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

Seul le régime général sera concerné par la mise en œuvre de cette mesure.

Elle nécessite la mise en œuvre d'un nouvel échange de données permettant à l'ACOSS, une fois les redevables identifiés, d'adresser aux plateformes l'ensemble des données nécessaires au prélèvement des cotisations, contributions, taxes et impôts dus et la transmission en retour par ces mêmes plateformes des chiffres d'affaires et des montants dus par les micro-entrepreneurs et les utilisateurs affiliés au régime général ainsi que leur versement.

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

La mesure va se traduire, à terme, par des gains d'ETP en Urssaf : le prélèvement des cotisations dues va en effet leur permettre de limiter les interlocutions avec les micro-entrepreneurs et autres utilisateurs concernés et de ne pas engager d'actions de recouvrement amiable et forcé (RAF) pour cette population.

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.

Les modalités de mise en œuvre de la mesure seront précisées par décret :

- un premier décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), définira les modalités de transmission des informations qui seront transmises à l'ACOSS par l'administration fiscale ;
- un autre décret en Conseil d'État définira la nature des données d'identification qui devront être collectées auprès des utilisateurs et communiquées par les opérateurs plateformes à l'ACOSS ainsi que la procédure applicable au prononcé des pénalités en l'absence de transmission. Il déterminera également les modalités de déclaration et de versements des montants prélevés par les opérateurs à l'Urssaf ;
- un décret simple précisera enfin la procédure au terme de laquelle les opérateurs de plateforme pourront être sanctionnés s'ils se sont soustraits à leur obligation de prélèvement.

Ces différents textes d'application seront publiés d'ici au second semestre 2025.

Cette publication sera précédée par celle d'un décret simple qui fixera les critères qui permettront de déterminer les opérateurs de plateformes concernés par l'entrée en vigueur anticipée et progressive de ces nouvelles obligations à partir du 1er janvier 2026. Cette entrée en vigueur anticipée doit permettre de proposer le nouveau service de déclaration et de paiement qui sera développé par l'ACOSS pendant un an à un nombre limité d'acteurs avant d'imposer à tous les opérateurs d'y avoir recours pour s'acquitter de leurs nouvelles obligations.

Des échanges se dérouleront en amont de la publication de ces textes et pour leur préparation avec des représentants des différents opérateurs de plateformes.

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 dispositions introduites dans le cadre de la réforme entreront progressivement en vigueur à compter du 1er janvier 2026 pour un nombre limité d'opérateurs de plateformes, selon des critères et des modalités définis par décret et après concertation avec des acteurs du secteur, puis de façon généralisée au 1er janvier 2027.

c) Modalités d'information des cotisants

Les cotisants seront informés par les services de l'ACOSS des évolutions à venir. Leurs représentants seront également consultés sur le contenu des textes réglementaires qui devront être publiés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi des mesures sera assuré par la direction de la sécurité sociale dans le cadre de la gouvernance des organismes de recouvrement et notamment du suivi de la mise en œuvre des engagements pris dans la COG 2023-2027.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale après modification
Toute entreprise mentionnée à l'article 242 bis du code général des impôts est tenue d'informer les personnes qui réalisent des transactions commerciales par son intermédiaire des obligations sociales qui en résultent, dans les conditions fixées au même article. Le document mentionné au I de l'article 1649 ter A du code général des impôts et les informations similaires reçues d'autres Etats sont adressés par l'administration fiscale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales, au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a elle-même reçu le document ou les informations. Les données ainsi obtenues peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés aux articles L. 212-1 et L. 213-1 du présent code au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé.	Toute entreprise mentionnée à l'article 242 bis du code général des impôts est tenue d'informer les personnes qui réalisent des transactions commerciales par son intermédiaire des obligations sociales qui en résultent, dans les conditions fixées au même article. Le document mentionné au I de l'article 1649 ter A du code général des impôts et les informations similaires reçues d'autres Etats sont adressés par l'administration fiscale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales, au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a elle-même reçu le document ou les informations. **La transmission des documents et informations est accompagnée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, des informations permettant de faciliter l'identification de chaque vendeur ou prestataire et les échanges avec eux.** Les données ainsi obtenues peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés aux articles L. 212-1**,** ~~et~~ L. 213-1 **et L. 752-1** du présent code au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle**, de vérification** et de lutte contre le travail dissimulé.
Article L. 613- 6 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 613-6 du code de la sécurité sociale après modification**
Les travailleurs indépendants 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 auprès de l'organisme unique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 123-33 du code de commerce. Lorsqu'ils relèvent de l'article L. 613-7 du présent code ou du 35° de l'article L. 311-3, les travailleurs indépendants ainsi que les personnes affiliées au régime général en application du même 35° peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée au premier alinéa du présent article à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés. Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au même premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces personnes.	~~*Les travailleurs indépendants 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 auprès de l'organisme unique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 123-33 du code de commerce.*~~ ~~*Lorsqu'ils relèvent de l'article L. 613-7 du présent code ou du 35° de l'article L. 311-3, les travailleurs indépendants ainsi que les personnes affiliées au régime général en application du même 35° peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée au premier alinéa du présent article à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés.*~~ ~~*Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au même premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations*~~ **Les travailleurs indépendants recourant pour l'exercice de leur activité professionnelle aux plateformes de mise en relation par voie électronique mentionnées au premier alinéa de l'article 242 *bis* du code général des impôts, peuvent autoriser par mandat les opérateurs de ces plateformes à réaliser les**

	démarches déclaratives de début d'activité prévues à l'article L. 123-33 du code de commerce auprès de l'organisme unique mentionné au deuxième alinéa de ce même article.
Article L 613-6-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L 613-6-1 du code de la sécurité sociale après modification**
Néant	**I. – Les cotisations et contributions sociales ainsi que les taxes et, lorsqu'ils ont exercé l'option prévue à l'article 151-0 du code général** des impôts, le versement libératoire à l'impôt sur le revenu, dus par les vendeurs et prestataires relevant de l'article L. 613-7 du présent code ou du 35° de l'article L. 311-3 au titre de chiffres d'affaires ou de recettes dont le montant leur est versé par l'opérateur d'une plateforme mentionnée à l'article L. 613-6 sont prélevés par ce dernier sur ces versements. Ce prélèvement vaut acquit de ces cotisations et contributions sociales, taxes et impôts par le cotisant concerné. **Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux taxes mentionnées au chapitre premier du titre II de la première partie du livre premier du code général des impôts et à l'article 1447 du même code.** **II. – En vue de déterminer les modalités du précompte prévu au I qui leurs sont le cas échéant applicables et de procéder aux opérations mentionnées au III, les vendeurs et prestataires transmettent aux opérateurs des plateformes auxquelles ils ont recours les données permettant leur identification. Ces opérateurs transmettent ces mêmes données à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1.** **La méconnaissance des dispositions de l'alinéa précédent entraîne l'application d'une pénalité d'un montant maximal :** **1° Pour les vendeurs et prestataires, de 7 500 euros ;** **2° Pour les opérateurs de plateformes, de 7 500 euros par vendeur ou prestataire concerné.** **Cette pénalité peut être à nouveau prononcée en cas de manquement réitéré à l'issue d'une période de six mois suivant un précédent constat de manquement.** **La nature des données** mentionnées au premier alinéa du présent II, leurs modalités de transmission et d'utilisation ainsi que la procédure applicable au prononcé des pénalités mentionnées au deuxième alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. **III. – Les opérateurs des plateformes concernées procèdent chaque mois, auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 ou de l'un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 pour exercer cette compétence, à :** **1° La déclaration du montant du chiffre d'affaires ou des recettes réalisés par chaque vendeur ou prestataire ;** **2° La déclaration et le versement, pour le compte de chaque vendeur ou prestataire, des sommes précomptées en application du I.** **Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent III.** **IV. – Les coûts des prélèvements, déclarations et versements qu'ils sont tenus d'effectuer en application du présent article sont à la charge des opérateurs de plateformes.**

	Les cotisations et contributions sociales, les taxes et les impôts précomptés en application du présent article sont recouvrés dans les conditions et sous les garanties, sûretés et sanctions applicables aux cotisations et contributions précomptées sur la rémunération des salariés prévues aux chapitres III et IV du titre IV du livre II. **La méconnaissance par un opérateur de plateforme de l'obligation de précompte prévue au I entraîne l'application d'une pénalité d'un montant maximal égal à 5 % des chiffres d'affaires ou des recettes sur lesquels cette obligation a été méconnue. Un décret détermine la procédure applicable au prononcé de cette pénalité.**
Article L. 613- 8 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 613-8 du code de la sécurité sociale après modification**
Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul.	**Sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 613-6-1,** l~~L~~es travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul.

Article 7 – Annuler la participation de l'Assurance Maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

La mesure permet à l'assurance maladie d'annuler la prise en charge des cotisations sociales sur les revenus qui ont été obtenus de façon frauduleuse par un professionnel de santé en cas de pénalités financières ou de sanction pénale.

Ainsi, en cas de fraude, outre le remboursement des prestations indues que prévoit déjà le code de la sécurité sociale et les conventions signées avec l'assurance maladie, les professionnels de santé devront également rembourser les cotisations sociales payées pour leur compte par l'assurance maladie sur ces prestations indues, comme les employeurs remboursent les exonérations sociales dont ils ont bénéficié en cas de travail illégal en application de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions renvoient aux modalités prévues pour le recouvrement des indus de prestations versées par l'assurance maladie aux professionnels de santé : lorsque la pénalité aura été notifiée par la caisse ou qu'elle aura connaissance d'une condamnation pénale, elle notifiera le montant des cotisations prises en charge sur la part des revenus obtenus frauduleusement au professionnel concerné. Le renvoi à l'article L. 133-4 du même code et aux textes qui en font application, en particulier à l'article R. 133-9-1, permet d'assurer que la notification comporte les éléments nécessaires à la contestation éventuelle de la décision par le professionnel, avec recours possible dans les conditions prévues aux articles L. 142-1 et suivants.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé d'intégrer cette mesure d'annulation au sein des différentes conventions signées avec les différentes professions de santé, au risque cependant d'une portée juridique moindre et d'une mise en œuvre plus contraignante pour les caisses seulement à l'issue d'une procédure conventionnelle.

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

La lutte contre toute forme de fraude aux finances publiques constitue un impératif d'efficacité économique et de justice sociale, à caractère d'exigence constitutionnelle (Décision n°2010-622 DC du 28 décembre 2010). La lutte contre la fraude aux prestations et aux prélèvements sociaux participe de l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale, la mesure trouve donc sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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. Il convient de rappeler que l'article 48 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne se borne 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 Cour de justice de l'Union européenne 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 de l'Union européenne (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. 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

Création d'un nouvel article L. 114-17-1-1 et modification de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

En 2022, 300 professionnels de santé ont fait l'objet de pénalités financières pour fraude ou de plaintes pénales, pour un préjudice financier de 25 M€ pour l'assurance maladie et un montant de prise en charge des cotisations sociales de 2 M€. L'impact financier de la mesure peut ainsi être estimé à au moins 2 M€, soit le montant total des cotisations qui aurait pu être récupéré sur une année par l'assurance maladie à l'encontre des professionnels fraudeurs.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		+2	+2	+2	+2
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Outre le préjudice financier causé à la caisse en cas de fraude, les professionnels de santé devront également rembourser les cotisations sociales prises en charge pour leur compte par l'assurance maladie, comme les employeurs remboursent les exonérations sociales dont ils ont bénéficié en cas de travail illégal. Cette mesure, qui pourrait concerner 300 dossiers par an, répond en outre à une recommandation du Haut conseil au financement de la protection sociale dans son rapport de février 2023 sur l'avenir du recouvrement social.

b) impacts sociaux

La mesure met fin à une situation inéquitable dans la mesure où les professionnels de santé qui fraudent ont augmenté non seulement leurs revenus par des pratiques de surfacturations, de facturations d'actes fictifs ou de refacturations d'un même acte, mais aussi accru le montant des cotisations prises en charge par l'assurance maladie.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Sant 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 mesure proposée n'a pas d'impact sur les assurés.

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

La mesure proposée élargira le champ des indus à recouvrer en cas de fraude des professionnels de santé et sera donc de nature à améliorer le rendement des caisses dans leurs actions de lutte contre la fraude. Elle sera également susceptible d'alourdir leurs démarches en termes de procédure de recouvrement et de suivi de ce nouveau type de créances dans leur système d'information.

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

La convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie pour 2023-2027 a ainsi prévu des renforts en effectifs et des crédits d'investissement pour les systèmes d'information afin d'assurer la mise en œuvre de cette mesure ainsi que de l'ensemble des mesures du plan de lutte contre les fraudes aux finances publiques.

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.

Dès publication de la loi pour les revenus perçus postérieurement à son entrée en vigueur.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 au Journal officiel.

d) Suivi de la mise en œuvre

Aucun autre dispositif spécifique n'est prévu mis à part le tableau de suivi d'application des textes de la direction de la sécurité sociale et les bilans annuels de lutte contre la fraude transmis par les organismes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 114-17-1-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Lorsqu'un professionnel bénéficiant de la participation de l'assurance maladie au financement de ses cotisations, mentionnée au 5° du I de l'article L. 162-14-1, fait l'objet, pour des faits à caractère frauduleux, d'une pénalité financière décidée sur le fondement des dispositions du IV de l'article L. 114-17-1, d'une sanction prononcée en application des dispositions de l'article L. 145-2 ou d'une condamnation pénale dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 114-16-2, l'organisme d'assurance maladie peut procéder à l'annulation de tout ou partie de cette participation sur la part des revenus obtenus frauduleusement. **Le montant correspondant est recouvré selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 pour les versements indus de prestations.**
Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent : 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéotransmission. La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ; 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des	I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent : 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéotransmission. La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ; 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des

références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;	références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;
3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;	3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;
4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;	4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;
5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence, en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 du présent code, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;	5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence, en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 du présent code, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3 **sous réserve que ces honoraires ou revenus n'aient pas été frauduleusement perçus** ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;
6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7 ;	6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7 ;
7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;	7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;
8° Le cas échéant, les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives à leur formation, à leur expérience et aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;	8° Le cas échéant, les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives à leur formation, à leur expérience et aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;
9° Le cas échéant, les conditions de participation à la couverture des besoins de santé dans les zones d'exercice	9° Le cas échéant, les conditions de participation à la couverture des besoins de santé dans les zones d'exercice

définies par l'agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4.	définies par l'agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4.
II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.	II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.
Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.	Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.
Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.	Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.
Les tarifs applicables aux actes réalisés par les professionnels de santé salariés par une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dans les conditions prévues à l'article L. 4041-2 du code de la santé publique sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre.	Les tarifs applicables aux actes réalisés par les professionnels de santé salariés par une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dans les conditions prévues à l'article L. 4041-2 du code de la santé publique sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre.

Article 8 – Simplification de l'organisation du recouvrement

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

i) Modalités d'organisation du recouvrement

Recouvrement des cotisations de retraite complémentaire de l'AGIRC-ARRCO et des cotisations gérées par la CDC

Le transfert aux URSSAF des compétences de recouvrement pour l'ensemble des cotisations et contributions sociales est prévu par l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il inclut notamment le transfert aux URSSAF et Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire obligatoire des salariés encore recouvrées de manière directe par les institutions de retraite complémentaire (à l'exception toutefois des cotisations de retraite complémentaire déjà recouvrées par les URSSAF pour le compte de ces institutions dans le cadre des « guichets uniques » simplifiés de recouvrement, notamment le chèque emploi-service universel (CESU) et PAJEMPLOI pour les particuliers ainsi que le Titre emploi service entreprise (TESE) et le Chèque emploi associatif (CEA) pour les entreprises et associations)[1]. Prévu initialement pour le 1er janvier 2022, ce transfert avait été décalé au 1er janvier 2024. L'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit également le transfert aux URSSAF et CGSS des cotisations et contributions dont la collecte ou la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), parmi lesquelles les cotisations de retraite complémentaire des agents contractuels de la fonction publique (IRCANTEC), les cotisations de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP) et celles dues à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Ces transferts devaient s'ajouter à plusieurs opérations similaires réalisées depuis plusieurs années, qui ont conduit les URSSAF à recouvrer, outre les cotisations de sécurité sociale dues par les employeurs et salariés relevant du régime général, les contributions d'assurance chômage depuis 2011, les cotisations des travailleurs indépendants depuis 2019, celles dues au titre de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés depuis 2021 et celles dues pour la formation professionnelle depuis 2022. Ces transferts ont permis des gains significatifs en matière de recouvrement et d'efficience pour les régimes concernés. A titre d'illustration, le recouvrement par les URSSAF des contributions de formation professionnelle ont permis un gain de recouvrement de 0,7 Md€ pour France Compétences en 2022.

Chacun de ces transferts de compétence s'accompagne d'une redéfinition des rôles respectifs des URSSAF et de leurs partenaires dans les relations avec les redevables, sans aucune incidence sur l'autonomie de gestion des régimes gestionnaires ni aucune incidence directe sur les modalités de sécurisation et d'enregistrement des droits des salariés. Elle vise uniquement à garantir aux entreprises et salariés, dans un souci d'efficacité, une relation unifiée avec les organismes concernés.

Toutefois, s'agissant des cotisations de retraite complémentaire, après plusieurs années d'échange et de travaux pour en expliquer la portée, analogue à celle de ces précédents projets, les réserves techniques et politiques, notamment des partenaires gestionnaires du régime de retraite complémentaire des salariés, n'ont pas pu être levées. Le lien fait par certains acteurs entre ce projet et les enjeux propres à la récente réforme des retraites a ainsi fait obstacle à sa concrétisation.

C'est pourquoi le Gouvernement s'est engagé à retirer ce projet de réforme. Par cohérence, il est également proposé de supprimer les transferts de recouvrement de cotisations et contributions gérés par la CDC. Cette mesure, adoptée par la représentation nationale dans le cadre du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, a toutefois été déclarée non conforme à la Constitution par le Conseil Constitutionnel dans sa décision n° 2023-849 DC du 14 avril 2023 en raison de son absence d'effet sur l'exercice 2023. En l'état du droit, le transfert est donc toujours prévu pour 2024. Le présent article vise à en supprimer le principe

Toutefois, même si les entreprises du secteur privé continueront de déclarer et payer leurs cotisations à deux réseaux distincts, il appartient de continuer à progresser dans le sens de la simplification et de l'unification des démarches, notamment dans un contexte où les exigences auprès des employeurs pour garantir l'exactitude des informations et des sommes déclarées sont croissantes, ce que prévoit également le présent article.

Recouvrement optionnel des contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et l'ordonnance du 23 juin 2021 prise sur son fondement ont prévu la possibilité pour les branches professionnelles de confier le recouvrement de leurs contributions conventionnelles de formation professionnelle ou de dialogue social aux URSSAF et caisses de la MSA à compter du 1er janvier 2024. En parallèle, la compétence des OPCO pour recouvrer ces cotisations était supprimée à compter du 1er janvier 2024.

Or les travaux préparatoires ont mis en lumière deux difficultés conduisant à proposer la suppression de ces dispositions :

[1] Les salariés du secteur privé qui ne relèvent pas d'un régime spécial sont affiliés au titre de leur retraite complémentaire auprès de l'AGIRC-ARRCO. Le recouvrement des cotisations correspondantes est confié aux institutions de retraite complémentaire (IRC) qui sont membres de groupes de protection sociale (GPS).

- D'une part, le recouvrement par les URSSAF et les caisses de la MSA des contributions conventionnelles de dialogue social et de formation professionnelle n'est envisageable que sous réserve que les règles définissant ces prestations se conforment à un cahier des charges strict, dont le respect déterminerait l'extension des accords de branche. Cette contrainte se justifie par la nécessité d'homogénéiser les règles de gestion et les modes de calcul de ces contributions afin de permettre leur déclaration en DSN et leur collecte par les URSSAF et MSA selon les circuits habituels du recouvrement des cotisations et contributions sociales. Elle limiterait toutefois très substantiellement les marges de manœuvre laissée aux négociations conventionnelles sur ce sujet.

- D'autre part, les montants collectés par les URSSAF et caisses de MSA aurait dû être affectés à un opérateur unique, France compétences pour les contributions conventionnelles de formation professionnelle et l'Association de gestion du fonds paritaire national (AGFPN) pour les contributions conventionnelles de dialogue social. Or, il a semblé très complexe de confier à l'AGFPN l'opération de « recalcul » des montants branche par branche, en amont de leur répartition.

ii) Rationalisation des circuits de déclarations sociales

Simplification des formalités des entreprises étrangères

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit à l'article L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale la possibilité pour une entreprise étrangère sans établissement en France *« de désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues »*. L'article IV de l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit que ce représentant, qui pouvait déjà être un tiers, peut être un salarié de l'entreprise. L'article 741-1-1 du code rural et de la pêche maritime prévoit également cette possibilité pour les entreprises étrangères agricoles.

Ce dispositif est applicable depuis le 1er janvier 2005.

Or, la mise en place d'un guichet unique géré par l'INPI depuis le 1er janvier 2023 permet désormais à ces entreprises étrangères sans établissement en France d'effectuer leurs formalités de création, de modification et de cessation de manière simple et dématérialisée. Le recours à un représentant social en France apparaît donc moins pertinent, d'autant qu'il est plus complexe sur le plan administratif car il nécessite la mise en place d'une convention entre l'entreprise, le représentant et l'organisme de recouvrement.

Poursuite du déploiement du vecteur déclaratif PASRAU pour la déclaration des revenus versés par des organismes autres que l'employeur soumis à cotisations et contributions sociales

L'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a clarifié les obligations des personnes qui versent des revenus de remplacement à l'égard des organismes sociaux, en faisant de la déclaration « PASRAU », initialement utilisée pour le prélèvement à la source, le vecteur unique de déclaration des revenus de remplacement aux organismes sociaux et fiscaux, en remplacement des démarches antérieures. Ces dispositions doivent être complétées pour prévoir que les URSSAF puissent bien recouvrer l'ensemble des cotisations et contributions sociales qui devront, à compter de 2024, être déclarées via une déclaration PASRAU. Afin que le périmètre des cotisations entrant dans le champ de la déclaration PASRAU soit complet, il convient donc d'étendre la compétence des URSSAF pour leur recouvrement lorsque celui-ci est actuellement effectué par des organismes qui n'ont pas la possibilité d'émettre une déclaration PASRAU.

iii) Finalisation de la mise en place du mécanisme de reversement sur sommes dues pour le régime agricole

L'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a prévu d'harmoniser au 1er janvier 2025 le système de reversement des sommes recouvrées par la MSA au profit de certaines caisses ou organismes. En effet, dans le prolongement de la simplification des relations financières des organismes de sécurité sociale du régime général avec les attributaires prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, la MSA passera d'un système de reversement basé sur les encaissements effectivement constatés à un système de reversement des sommes dues, minorées à hauteur du risque de non-recouvrement fixé de manière forfaitaire, comme c'est déjà le cas pour les caisses du régime général. Cette modalité de reversement est plus simple et vertueuse en matière d'incitation à l'amélioration de la performance de recouvrement. La transposition de ce nouveau système au régime agricole n'est cependant pas complète car elle nécessite de prévoir également la répartition du solde des recettes recouvrées par la MSA (solde résultant de la différence entre les émissions et les encaissements) entre les différentes branches de la sécurité sociale.

b) Mesure proposée

Mesure n°1 – Conserver les circuits de collecte actuels des cotisations de retraite complémentaire et gérées par la Caisse des dépôts et rétablir un cadre de coopération opérationnelle entre les réseaux

La mesure revient sur le transfert aux URSSAF, CGSS et CMSA du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire qui devait avoir lieu en 2024 ainsi que celui des cotisations et contributions relevant de régimes dont la gestion est confiée à la CDC, prévu pour 2025. À cette fin, les dispositions de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 sont supprimées.

Toutefois, compte tenu de l'imbrication entre les règles relatives à la retraite complémentaire et celles du régime général, il est proposé de coordonner étroitement l'action des deux réseaux en prévoyant un cadre de coopération, déjà prévu avant le transfert mais qui sera renforcé. Ainsi :

- Les demandes de délais de paiement ou de plans d'apurement des employeurs devront faire l'objet d'un traitement et d'une réponse uniques lorsque l'employeur le demandera. Pour cela, des dispositions abrogées en prévision du transfert de recouvrement sont rétablies (article L. 243-6-6 du code de la sécurité sociale) ;

- Les rescrits et les arbitrages entre des interprétations contradictoires admises par les circulaires ou instructions sur des sujets communs entre les régimes de base et complémentaire (sur l'assiette, le plafond de la sécurité sociale et la réduction dégressive de cotisations) seront opposables aux organismes de base comme complémentaires ;

- L'exploitation des résultats des contrôles effectués les URSSAF sera facilitée, pour permettre la prise en compte par l'autre réseau des résultats des opérations qui ont donné lieu à des redressements. Une base légale permet déjà à l'article L. 242-1-3 du même code la transmission par les URSSAF aux CARSAT des résultats des contrôles lorsque ceux-ci ont une incidence sur le calcul d'une pension de retraite de base. Cette disposition sera adaptée pour inclure l'ensemble des régimes, notamment les régimes spéciaux, au titre desquels l'URSSAF est compétente pour recouvrer et contrôler les cotisations sociales sur le champ de la retraite et ces informations seront également transmises aux organismes de retraite complémentaire ;
- L'ensemble des organismes et administrations qui sollicitent les employeurs en vue de s'assurer de l'exactitude des informations déclarées et des cotisations calculées doivent s'inscrire dans une logique coordonnée et unifiée. Cette exigence est d'autant plus importante que l'ensemble des données déclarées et des montants payés se basent sur la DSN. Ceci impose d'une part, d'assurer l'unicité des actions de fiabilisation entreprises sur cette base, et d'autre part, de développer des actions de fiabilisation dans une optique de calcul du juste droit et d'automatisation du calcul des droits sociaux. La mesure prévoit ainsi qu'une convention, dont le principe avait été prévu dès 2018, devra organiser la mise en œuvre d'opérations communes et concertées de vérification et de correction. Son champ est élargi à l'ensemble du calcul des cotisations plafonnées et déplafonnées et intègre à la fois les phases d'interlocution et de correction. Par rapport à sa version antérieure uniquement prévue entre l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO, la signature de cette convention est élargie à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA).

Mesure n°2 – Suppression de l'option de transfert de recouvrement des contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social aux URSSAF et MSA

La mesure propose d'annuler la possibilité offerte aux branches de recourir aux URSSAF et MSA pour recouvrer les contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social et de maintenir le circuit de collecte actuel. Cette mesure permettra de générer des économies pour la branche recouvrement en évitant des travaux techniques dont l'impact opérationnel aurait été limité. La présente mesure tire également les conséquences de l'abandon de ce projet de transfert du recouvrement par les URSSAF et MSA en pérennisant le rôle des OPCO comme collecteur des contributions conventionnelles de dialogue social et de formation professionnelle, tout en assurant une gestion transparente (comptabilité séparée, frais de recouvrement distincts).

Mesure n°3 – Suppression d'une dérogation incompatible avec le guichet unique des entreprises

L'option ouverte aux entreprises étrangères sans établissement en France de désigner un « représentant social » (mandataire social) en France pour effectuer leurs déclarations sociales sera supprimée. Ainsi, l'entreprise étrangère ne pourra plus déléguer à un salarié ou à un tiers résidant en France la responsabilité d'effectuer ses déclarations sociales. Elle devra s'inscrire auprès du guichet unique des entreprises pour pouvoir se conformer à ses obligations sociales. Cette disposition ne modifie pas la nature de ses obligations en matière de déclaration et de versement des contributions et cotisations sociales dont elle s'acquitte auprès du centre « firmes étrangères » des URSSAF et de la MSA. Elle modifie uniquement une des modalités pour s'y conformer.

Mesure n°4 – Compléter le périmètre des cotisations à déclarer à travers le vecteur PASRAU

La mesure vise aussi à rationaliser le circuit de recouvrement à travers le vecteur PASRAU. Des mesures doivent compléter les dispositions prises dans le cadre de l'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 au titre de la déclaration des revenus de remplacement aux URSSAF, afin :

- De transmettre à l'Agirc-Arrco les informations sur les cotisations déclarées dans le dispositif PASRAU au titre des maintiens de salaires prévus dans le cadre des dispositifs de cessation anticipée d'activité et de pré-retraite ;
- D'intégrer la CGSS de Mayotte parmi les destinataires des données (modification de l'article 28-9-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte) ;
- De transférer aux URSSAF le recouvrement de la cotisation salariale d'assurance maladie due sur les revenus de remplacement, déclarée dans le dispositif PASRAU, actuellement recouvrée par le régime local d'Alsace-Lorraine (modification du 2° de l'article L. 242-13 CSS).
- De transférer aux URSSAF le recouvrement de la CSG due sur les revenus de remplacement par les personnes assujetties au régime agricole. Cette mesure concerne notamment les organismes de protection sociale complémentaire tels que Prédica, Groupama et GroupAgrica.

Mesure n°5 - Finalisation de la mise en place du mécanisme de reversement sur sommes dues pour le régime agricole

Afin de finaliser pour le régime agricole le dispositif de simplification du recouvrement introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, qui a pour objectif de neutraliser pour les attributaires des cotisations recouvrées par la MSA les aléas de gestion de trésorerie liées au recouvrement des cotisations[1], il est nécessaire de transposer au régime agricole les dispositions de l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale concernant la répartition, par arrêté, entre les branches du solde des recettes qui seront recouvrées par la MSA, à partir du 1er janvier 2025 selon le système de reversement des sommes dues.

[1] L'économie ou le surcoût pour les attributaires ne peut être évalué sans connaitre les taux de recouvrement des années futures. Il est supposé nul par construction.

c) Autres options possibles

Le maintien de l'objectif d'un transfert du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire en 2024, s'il avait été privilégié, aurait conduit à poursuivre les travaux préparatoires, notamment au moyen de la mise en œuvre d'un dispositif pilote plus large que celui déjà mis en œuvre en 2022. Dans ce cadre, il aurait pu être envisagé d'étendre progressivement le recouvrement unifié en commençant par les plus grandes entreprises.

Le transfert des contributions conventionnelles aux URSSAF et MSA aurait pu être confirmé, à condition de prévoir un cahier des charges strict, sans laisser de marge d'adaptation au dialogue social de branche.

La possibilité pour une entreprise étrangère sans établissement en France de désigner un représentant social aurait pu être maintenue mais les formalités de création, modification et cessation de ces firmes n'auraient pas été possibles sur le Guichet unique des entreprises.

S'agissant des dispositions complétant la mise en place du vecteur déclaratif PASRAU ainsi que le reversement sur sommes dues pour la CCMSA, elles complètent une réforme déjà engagée et sont donc nécessaires pour mettre en cohérence les modalités de recouvrement qui entreront en vigueur avec ces réformes.

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

La place en LFSS du présent article se justifie au regard de l'impact significatif sur les modalités de recouvrement des cotisations et contributions, au sens du 2° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale. L'article modifie plusieurs dispositions qui ont été prises dans le cadre de lois de financement (LFSS 2020, 2022 et 2023) et une mesure adoptée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, censurée car n'ayant pas d'impact avant 2024.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

Il convient de rappeler que l'article 48 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne 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 Cour de justice de l'Union européenne 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 de l'Union européenne (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) ?

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

L.133-5-3, L.136-5, L.133-5-3-1, L.213-1, L.213-1-1, L.242-1-3, L. 242-13, L.243-1-2, L.243-6-1, L. 243-6-2, L. 243-6-3, L.243-6-6, L.243-6-7, L.921-2-1 du code de la sécurité sociale

L.725-3, L. 741-1-1 L.741-9 du code rural et de la pêche maritime, et L.725-12-3 nouveau

L. 6123-5, L. 6131-3, L. 6332-1-2, L. 6332-1-3 du code du travail

Article 22 et article 28-9-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte

Article 20 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 modifiée portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Le IV de l'article 6, le 1° du I et le II de l'article 7 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 sont supprimés, ainsi que le 18° du II de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

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

Collectivités d'outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	*Mesures directement applicables*
Mayotte	*Mesures partiellement applicables :* *Le transfert du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire obligatoire n'est pas applicable.*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesures directement applicables à Saint-Martin. À Saint-Barthélemy, l'ensemble de la gestion de la sécurité sociale relève par délégation de la caisse de MSA du Poitou.*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure partiellement applicable :* *Le transfert du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire obligatoire n'est pas applicable.*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesures non applicables*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La suppression de cette seconde phase de transferts conduira à recentrer les moyens qui lui sont consacrés, notamment dans le cadre du pilote qui a été mis en place avec l'AGIRC-ARRCO en 2022-2023 en vue de la généralisation en 2024, vers le renforcement des processus de fiabilisation au sein du réseau recouvrement de la sécurité sociale.

Il conduira en parallèle à renoncer aux gains de recouvrement et d'efficience initialement envisagés, compte tenu notamment des coûts de gestion respectifs des régimes complémentaires et de la CDC, d'une part, et des URSSAF, d'autre part. Il représente également une perte pour l'ACOSS qui aurait bénéficié de frais de gestion associés à la collecte pour le compte des nouveaux attributaires. Pour l'AGIRC-ARRCO, ils auraient été fixés à 0,1 % des sommes collectées, soit environ 76 M€ de frais de gestion annuels[1]. Pour les régimes gérés par la CDC, le taux des frais de gestion variait en fonction des régimes entre 0,1 % (CNRACL) et 0,3 % (IRCANTEC et RAFP), soit environ 39 M€ par an de frais de gestion cumulés[2]. Ces coûts auraient été partiellement compensés par des dépenses supplémentaires pour l'ACOSS du fait de la gestion de la collecte de ces cotisations.

L'impact financier pour les régimes qui auraient autrement transféré aux URSSAF la collecte de leurs cotisations ou contributions sociales est égal à la différence entre ces frais de gestion, les gains issus d'un taux de recouvrement plus élevé et les économies issues du transfert de l'activité de recouvrement aux URSSAF.

L'impact financier pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale est nul en ce qui concerne la mesure supprimant la possibilité de recourir à un mandataire social pour les entreprises étrangères sans établissement en France.

[1] Les cotisations des entreprises s'élevant à 76,94 Md€ en 2021 (source Agirc-Arrco)

[2] Estimation calculée sur la base des cotisations cumulées collectées en 2021

La mesure visant à rationaliser le circuit de recouvrement par le vecteur PASRAU est également neutre financièrement pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS		-76	-115	-115	-115
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

En l'absence du transfert qui aurait conduit à la mise en œuvre d'un interlocuteur unique, il s'agit de mettre en place des dispositifs de coordination des procédures de fiabilisation avec l'employeur afin de garantir le caractère simple et coordonné pour le cotisant des procédures de rectification de sa déclaration.

Compte tenu de l'abandon du transfert aux URSSAF et MSA du recouvrement des contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social, les branches professionnelles devront maintenir le circuit de collecte actuel par les OPCO.

La suppression de la possibilité de recourir pour une entreprise étrangère sans établissement en France à un mandataire social va de pair avec la simplification des formalités des entreprises permise par la mise en place du Guichet unique des entreprises.

b) Enfin, la mesure visant à rationaliser le circuit de recouvrement à travers le vecteur PASRAU simplifie les démarches déclaratives pour les organismes concernés.impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations, etc.)

Le projet de transfert est ré-orienté vers des travaux de coordination des processus de fiabilisation, conformément à la convention d'objectif et de gestion pour 2023-2027 de l'URSSAF Caisse nationale.

La mesure concernant le vecteur PASRAU simplifie les circuits de trésorerie pour les URSSAF et la MSA dans la mesure où l'ACOSS centralise *in fine* la collecte de la CSG/CRDS. En effet, le circuit actuel conduit la MSA à collecter la CSG/CRDS qui est en réalité reversée à l'ACOSS.

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

Annulation des coûts de développement liés aux projets de transferts.

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 prévu à l'article L.243-6-6 du code de la sécurité sociale devra être pris sur les échéanciers de paiement communs applicables à l'employeur entre les URSSAF et l'AGIRC-ARRCO .

Une convention devra être prise en application de l'article L.243-6-7 du même code.

Un rapport au Parlement devra être remis sur l'avancement des travaux de mise en œuvre de la convention prévue à l'article L.243-6-7.

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

Un processus commun entre l'URSSAF et l'AGIRC-ARRCO sera mis en œuvre à compter de 2025 par convention entre les deux réseaux.

Un délai de deux mois est accordé aux entreprises étrangères sans établissement en France ayant un représentant social pour contacter leurs URSSAF/MSA.

La mesure visant à rationaliser le circuit de recouvrement par le vecteur PASRAU a été examinée avec les organismes et les déclarants concernés.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des communications et un accompagnement de l'employeur seront mis en œuvre par les URSSAF et l'AGIRC-ARRCO. Des communications auprès des organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs qui négocient actuellement leurs accords de branche.

Il est prévu par les organismes de recouvrement une communication et un accompagnement des entreprises étrangères recourant à un mandataire social ainsi qu'une information des entreprises de l'extinction de cette formalité.

La mesure visant à rationaliser le circuit de recouvrement *via* le vecteur PASRAU a été élaborée en lien avec les organismes et les déclarants concernés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le pilotage global de ces projets est assuré par la direction de la sécurité sociale, la direction générale du travail et la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-5-3 (version en vigueur au 1er janvier 2024) avant modification	**Article L. 133-5-3 après modification**
(…) II bis. - Tout organisme qui verse, à un titre autre qu'employeur, des sommes imposables ou soumises à cotisations ou contributions sociales ou qui verse des prestations sociales figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget adresse mensuellement aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou, s'il en relève, L. 752-1 du présent code ainsi qu'à l'administration fiscale une déclaration sociale nominative comportant, pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations et après information de ces personnes, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique, selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. (…)	(…) II bis. - Tout organisme qui verse, à un titre autre qu'employeur, des sommes imposables ou soumises à cotisations ou contributions sociales ou qui verse des prestations sociales figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget adresse mensuellement aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, **L. 922-1 et L. 922-4** ou, s'il en relève, L. 752-1 du présent code ainsi qu'à l'administration fiscale une déclaration sociale nominative comportant, pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations et après information de ces personnes, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique, selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. *Le reste sans changement*
Article L. 136-5 avant modification	**Article L. 136-5**
I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée 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 au régime général pour la même catégorie de revenus. Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur la contribution dans les conditions fixées au chapitre 3 du titre 4 du livre 2 dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement et du contrôle de la contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de sécurité sociale des salariés des professions agricoles, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues à ce régime. La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au	I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée 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 au régime général pour la même catégorie de revenus. Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur la contribution dans les conditions fixées au chapitre 3 du titre 4 du livre 2 dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement et du contrôle de la contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de sécurité sociale des salariés des professions agricoles, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues à ce régime. La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de sécurité

recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du même code. Les dispositions des articles L. 133-3 et L. 133-4-9 du présent code ainsi que celles prévues aux chapitres IV et V du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime sont applicables à la contribution prévue à l'article L. 136-1 du présent code.	sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du même code. Les dispositions des articles L. 133-3 et L. 133-4-9 du présent code ainsi que celles prévues aux chapitres IV et V du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime sont applicables à la contribution prévue à l'article L. 136-1 du présent code. **Par dérogation aux deux alinéas précédents, la contribution due au titre des sommes ou des prestations sociales mentionnées au premier alinéa du II bis de l'article L.133-5-3 versée à des personnes qui relèvent de la protection sociale des personnes salariées et non salariées agricoles est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime général par les organismes mentionnés aux articles L.213-1 et L.752-1.** *Le reste sans changement*
Article L. 213-1 avant modification	**Article L. 213-1**
I.-Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent : 1° Le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et de leurs employeurs, à l'exception des cotisations mentionnées à l'article L. 213-1-1 du présent code ; 2° Le recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, à l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, au second alinéa de l'article L. 645-2-1 et à l'article L. 645-3 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 ; 2° bis Par dérogation au 2° du présent I, le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 dues par les travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 et dues par les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1 ; 3° Le recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, au premier alinéa de l'article L. 645-2-1 et à l'article L. 645-3 dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;	I.-Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent : 1° Le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et de leurs employeurs, à l'exception des cotisations mentionnées à l'article L. 213-1-1 du présent code ; 2° Le recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, à l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, au second alinéa de l'article L. 645-2-1 et à l'article L. 645-3 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 ; 2° bis Par dérogation au 2° du présent I, le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 dues par les travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 et dues par les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1 ; 3° Le recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, au premier alinéa de l'article L. 645-2-1 et à l'article L. 645-3 dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;

4° Le recouvrement des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-3 et L. 137-10 à L. 137-17 du présent code, à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation ainsi qu'à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales dues par les personnes ne relevant pas des régimes de protection sociale agricole ;	4° Le recouvrement des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-3 et L. 137-10 à L. 137-17 du présent code, à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation ainsi qu'à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales dues par les personnes ne relevant pas des régimes de protection sociale agricole ;
5° Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 137-30, L. 138-20, L. 862-4 et L. 862-4-1 du présent code ;	5° Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 137-30, L. 138-20, L. 862-4 et L. 862-4-1 du présent code ;
6° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 3253-18, L. 5212-9, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9, aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, ainsi que le recouvrement des cotisations et contributions sociales des salariés expatriés qui relèvent du champ d'application des accords mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code. Les organismes de recouvrement sont également subrogés dans les droits et obligations des organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 pour le recouvrement de cotisations et contributions réalisé par ces derniers en application d'une convention à la date du transfert ; (…)	6° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 3253-18, L. 5212-9, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9 **et** aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail. ~~*ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, ainsi que le recouvrement des cotisations et contributions sociales des salariés expatriés qui relèvent du champ d'application des accords mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code. Les organismes de recouvrement sont également subrogés dans les droits et obligations des organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 pour le recouvrement de cotisations et contributions réalisé par ces derniers en application d'une convention à la date du transfert ;*~~ *Le reste inchangé*
Article L. 213-1-1 avant modification	**Article L. 213-1-1**
Le 1° du I de l'article L. 213-1 n'est pas applicable au recouvrement : 1° De la cotisation mentionnée au 2° du paragraphe 1er de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ; 2° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ; 3° Des cotisations et contributions sociales dont le recouvrement n'était pas assuré au 1er janvier 2020 par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et qui sont dues au titre de l'emploi de salariés relevant de régimes, autres que ceux mentionnés au 2° du présent article, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations d'assurance vieillesse par an ; 4° Des cotisations et contributions dues par les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports lorsqu'elles ne sont pas rattachées par leur employeur à un établissement situé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.	*Sans changement* **5° Des cotisations dues aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4, à l'exception de celles recouvrées dans le cadre de l'un des dispositifs prévus à l'article L. 133-5-6 ;**

	6° Des cotisations dues à la caisse mentionnée à l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics ; **7° Des cotisations dues à l'institution mentionnée à l'article L. 921-2-1 ;** **8° Des cotisations mentionnées à l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ;** **9° De la contribution mentionnée à l'article 14 de la loi du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.**
Article L. 242-1-3 avant modification	**Article L. 242-1-3**
Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux caisses mentionnées à l'article L. 215-1, afin que ces dernières procèdent à la rectification des droits des salariés concernés. En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement.	~~*Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés aux articles*~~ L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux caisses mentionnées à l'article L. 215-1, afin que ces dernières procèdent à la rectification des droits des salariés concernés. ~~*En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles*~~ L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement. **Lorsqu'un redressement des cotisations et contributions sociales a une incidence sur les droits des salariés et assimilés au titre des assurances sociales et des droits à retraite complémentaire** légalement obligatoire, ces organismes communiquent aux organismes énumérés dans une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale les informations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale nécessaires à la correction de ces droits.
Article L. 242-13 avant modification	**Article L. 242-13 après modification**
I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est financé par : 1° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 1° à 3° du II de l'article L. 325-1, assise sur leurs 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, précomptée par leurs employeurs au bénéfice de ce régime et recouvrée par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général ; 2° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 5° à 11° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, assise sur les avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, que ces avantages soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre Etat, et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Les modalités de prise en compte des avantages de vieillesse acquis au titre de la législation d'un autre Etat pour le calcul de la cotisation prélevée sur les avantages servis par un régime français	I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est financé par : 1° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 1° à 3° du II de l'article L. 325-1, assise sur leurs 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, précomptée par leurs employeurs au bénéfice de ce régime ~~*et recouvrée par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général ;*~~ 2° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 5° à 11° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, assise sur les avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, que ces avantages soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre Etat, et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Les modalités de prise en compte des avantages de vieillesse acquis au titre de la législation d'un autre

sont déterminées par décret. La cotisation est précomptée par les organismes débiteurs français au bénéfice du régime local lors de chaque versement de ces avantages ou allocations et versée directement à ce régime. (…)	Etat pour le calcul de la cotisation prélevée sur les avantages servis par un régime français sont déterminées par décret. La cotisation est précomptée par les organismes débiteurs français au bénéfice du régime local lors de chaque versement de ces avantages ou allocations ~~*et versée directement à ce régime*~~ **Ces cotisations sont recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.**
Article L. 243-1-2 avant modification	**Article L. 243-1-2 après modification**
I.-L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour remplir ses obligations et par dérogation à l'article L. 241-8, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.	**I.**-L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. ~~*Pour remplir ses obligations et par dérogation à l'article L. 241-8, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.*~~
II. — L'employeur mentionné au I peut bénéficier, s'il est un particulier entrant dans le champ d'application du 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale ou une entreprise entrant dans le champ d'application du 1° du même article, des dispositions prévues à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre III bis du livre Ier du même code. Les documents établis par l'organisme mentionné au I, notamment le bulletin de paie, sont transmis à l'employeur sous forme électronique. Lorsque le salarié est employé pour une durée n'excédant pas un plafond fixé par décret et que sa rémunération n'excède pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.	II. — L'employeur mentionné au I peut bénéficier, s'il est un particulier entrant dans le champ d'application du 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale ou une entreprise entrant dans le champ d'application du 1° du même article, des dispositions prévues à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre III bis du livre Ier du même code. Les documents établis par l'organisme mentionné au I, notamment le bulletin de paie, sont transmis à l'employeur sous forme électronique. Lorsque le salarié est employé pour une durée n'excédant pas un plafond fixé par décret et que sa rémunération n'excède pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.
III. — Les déclarations sociales de l'employeur mentionné au I sont transmises à l'organisme de recouvrement par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Les cotisations et contributions sociales dues sont réglées par les moyens de paiement prévus par décret. IV. — Un décret fixe les modalités d'application du présent article.	III. — Les déclarations sociales de l'employeur mentionné au I sont transmises à l'organisme de recouvrement par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Les cotisations et contributions sociales dues sont réglées par les moyens de paiement prévus par décret. IV. — Un décret fixe les modalités d'application du présent article.
Article L. 243-6-1 avant modification	**Article L. 243-6-1 après modification**
I.-Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements	*Sans changement*

dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe. A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires.	**II.-La procédure d'arbitrage prévue au I est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, d'une part, et par un ou plusieurs organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4, d'autre part, concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la détermination de l'assiette prévue à l'article L.242 et au calcul du plafond prévu à l'article L. 241.3, à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13, des dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2, ou relative à tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou des allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.**
Article L. 243-6-2 avant modification	**Article L. 243-6-2 après modification**
I.-Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément au livre III du code des relations entre le public et l'administration ou dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du même code, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.	*Sans changement* **II.-Le présent article s'applique aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L.242 et au calcul du plafond prévu à l'article L. 241.3, à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.**

(…)	(…)
Article L. 243-6-3 avant modification	**Article L. 243-6-3**
I.-Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime général au titre des différentes catégories mentionnées au 1° de l'article L. 200-1 ou de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des cotisations et contributions mentionnées ci-dessus. Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent également sur toute demande portant sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés mentionnée au chapitre II du titre Ier du livre II de la cinquième partie du code du travail. Cette demande peut être formulée par un cotisant ou un futur cotisant. La demande du cotisant ne peut être formulée par les personnes mentionnées à l'alinéa précédent lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 a été engagé ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours. Lorsqu'elle porte sur une application spécifique à la situation de la branche de dispositions du code de la sécurité sociale, la demande mentionnée au premier alinéa peut être formulée par une organisation professionnelle d'employeurs ou un organisation syndicale reconnues représentatives au niveau de la branche professionnelle. Par dérogation au premier alinéa, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale se prononce sur cette demande. II.-Toute demande susceptible d'entrer dans le champ d'application du présent article est réputée être faite dans ce cadre. Un décret en Conseil d'Etat précise le contenu et les modalités de dépôt de cette demande. Si la demande est complète, elle est requalifiée par l'organisme afin de bénéficier du même régime juridique que la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Selon son appréciation, l'organisme peut se saisir d'une demande qui ne respecte pas le formalisme de la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles les organismes peuvent se saisir de demandes incomplètes et leur faire bénéficier des mêmes garanties. Un décret en Conseil d'Etat peut prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite. Pour les demandes formulées en application du deuxième alinéa du I, lorsque l'organisme de recouvrement n'a pas notifié sa décision au demandeur au terme d'un délai fixé	*sans changement*

par un décret en Conseil d'Etat, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite. Dans le cas où la demande est formulée par le cotisant ou son représentant, la décision lui est applicable. Si le cotisant appartient à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, et que la demande comporte expressément cette précision, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe dès lors que la situation dans laquelle se situe cette dernière est identique à celle sur le fondement duquel la demande a été formulée. Lorsque la demande est formulée en application du quatrième alinéa du I, la décision est applicable à toute entreprise de la branche souhaitant s'en prévaloir.	
III.-La décision est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.	III.-La décision est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation a été appréciée n'ont pas été modifiées. **Elle est également opposable, dans les mêmes conditions, aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 en tant qu'elle porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L.242 et au calcul du plafond prévu à l'article L. 241.3, à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.**
Lorsque l'organisme de recouvrement entend modifier pour l'avenir sa décision, il en informe le demandeur. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci transmet à l'organisme de recouvrement sa position quant à l'interprétation à retenir. Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement font l'objet d'une publicité. IV.-Un rapport est réalisé chaque année par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur les principales questions posées et les réponses apportées. Il est transmis au ministre en charge de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année suivante.	*Le reste sans changement*
Article L.243-6-7 avant modification	**Article L. 243-6-7 après modification**
Abrogé	**Une convention conclue pour une durée de cinq années entre un représentant des fédérations mentionnées à l'article L. 922-4, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et l'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime et approuvée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture organise les opérations réalisées en commun par ces organismes**

	pour vérifier les déclarations mentionnées au I de l'article L. 133-5-3 du présent code, demander de les rectifier ou réaliser les corrections requises. **Cette convention garantit la simplicité et la coordination de ces procédures, notamment l'absence de vérification concomitante d'une même donnée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 752-4, L. 922-1 et L. 922-4 du présent code et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.** **Elle définit les modalités selon lesquelles, en cas de constat d'anomalies portant sur l'application de la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1 du présent code, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ainsi que sur l'application des dispositions des articles L. 241-10 et L. 752-3-2, les organismes mentionnés à l'alinéa précédent mettent à disposition des employeurs les corrections de la déclaration mentionnée au premier alinéa du présent article. A cette fin, elle précise les modalités de mise en œuvre :** **1° D'un traitement commun de l'information, des demandes de rectification et des réponses adressées aux cotisants ;** **2° Des corrections prévues à l'article L. 133-5-3-1 réalisées pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du présent code par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code et L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, au moyen de la norme d'échange prévue pour transmettre la déclaration mentionnée au I de l'article L. 133-5-3 du présent code, après la procédure d'échange contradictoire prévue à l'article L. 133-5-3-1 précité.**
Article L. 243-6-6 avant modification	**Article L. 243-6-6 après modification**
	Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné aux articles L.213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, aux institutions mentionnées à l'article L.922-4 dont le cotisant relève. **Dans les conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par un organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.** **Lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'organisme mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui les concernent, le cas échéant.**
Article L. 921-2-1 avant modification	**Article L. 921-2-1 après modification**
Les agents contractuels de droit public sont affiliés à un régime de retraite complémentaire obligatoire relevant de	Les agents contractuels de droit public sont affiliés à un régime de retraite complémentaire obligatoire relevant

l'article L. 921-2, dénommé " Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques " et défini par voie réglementaire. Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par cette institution. L'institution mentionnée au premier alinéa du présent article est soumise au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales.	de l'article L. 921-2, dénommé " Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques " et défini par voie réglementaire. **Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées à l'institution mentionnée au premier alinéa du présent article.** Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par cette institution. L'institution mentionnée au premier alinéa du présent article est soumise au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales.
Autres dispositions	
c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 avant modification	**c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020**
4° Par dérogation, les dispositions mentionnées au 3° du présent XII sont applicables : (..) c) Pour les périodes d'activité courant à partir du 1er janvier 2023, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, à la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, aux cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et à celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale ;	4° Par dérogation, les dispositions mentionnées au 3° du présent XII sont applicables : (..) c) Pour les périodes d'activité courant à partir du 1er janvier 2023, ~~aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, à la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales,~~ aux cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et à celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale ;
III de l'article 7 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023	**III de l'article 7 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023**
III.-A.-Par dérogation aux 2° et 3° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les 6°, 13°, 14° et 15° ainsi que les b et d du 16° du II du même article 18, en tant qu'ils concernent les cotisations et contributions dues aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du code de la sécurité sociale, sont applicables au recouvrement des cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er janvier 2024. Ces organismes demeurent, après cette date, pleinement compétents pour enregistrer les droits à la retraite complémentaire acquis par leurs assurés et pour leur verser les prestations. B.-Par dérogation au c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 précitée, le 6° du II du même article 18 est applicable au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er janvier 2025 en tant qu'il concerne les cotisations d'assurance vieillesse des	~~III. A. Par dérogation aux 2° et 3° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les 6°, 13°, 14° et 15° ainsi que les b et d du 16° du II du même article 18, en tant qu'ils concernent les cotisations et contributions dues aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 du code de la sécurité sociale, sont applicables au recouvrement des cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er janvier 2024. Ces organismes demeurent, après cette date, pleinement compétents pour enregistrer les droits à la retraite complémentaire acquis par leurs assurés et pour leur verser les prestations. B. Par dérogation au c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 précitée, le 6° du II du même article 18 est applicable au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er janvier 2025 en tant qu'il concerne les cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, les cotisations~~

agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, les cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, les cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique et les contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.	~~*d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, les cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique et les contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.*~~
Code du travail	
Article L. 6123-5 avant modification	**Article L. 6123-5 après modification**
France compétences est une institution nationale publique dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle a pour mission : 1° De verser aux opérateurs de compétences mentionnés à l'article L. 6332-1 des fonds pour un financement complémentaire des contrats d'apprentissage et de professionnalisation et des reconversions ou promotions par alternance mentionnées à l'article L. 6324-1, au titre de la péréquation inter-branches ainsi que d'assurer le financement de l'aide au permis de conduire et de verser des fonds au Centre national de la fonction publique territoriale pour le financement des frais de formation des apprentis employés par les collectivités et établissements, selon des modalités fixées par décret ; 2° De verser aux régions des fonds pour le financement des centres de formation d'apprentis, au titre de l'article L. 6211-3, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, pris après concertation avec les régions ; 3° D'assurer la répartition et le versement des fonds issus des contributions mentionnées au I de l'article L. 6131-4 ainsi qu'aux articles L. 6331-48, L. 6331-53 et L. 6331-65 dédiées au financement de la formation professionnelle, en fonction des conditions d'utilisation des ressources allouées, des effectifs et des catégories de public, dans des conditions fixées par un décret qui précise, notamment, la liste des informations relatives aux entreprises redevables de ces contributions transmises à France compétences par les organismes chargés du recouvrement de ces fonds. Ces fonds sont affectés : a) A la Caisse des dépôts et consignations, pour le financement du compte personnel de formation ; b) A l'Etat, pour la formation des demandeurs d'emploi ; c) Aux opérateurs de compétences, selon leur champ d'intervention pour l'aide au développement des compétences au bénéfice des entreprises de moins de cinquante salariés et pour le financement de l'alternance selon des modalités fixées par décret ; d) Aux régions ; e) A l'opérateur assurant le versement de l'aide au permis de conduire ;	France compétences est une institution nationale publique dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle a pour mission : 1° De verser aux opérateurs de compétences mentionnés à l'article L. 6332-1 des fonds pour un financement complémentaire des contrats d'apprentissage et de professionnalisation et des reconversions ou promotions par alternance mentionnées à l'article L. 6324-1, au titre de la péréquation inter-branches ainsi que d'assurer le financement de l'aide au permis de conduire et de verser des fonds au Centre national de la fonction publique territoriale pour le financement des frais de formation des apprentis employés par les collectivités et établissements, selon des modalités fixées par décret ; 2° De verser aux régions des fonds pour le financement des centres de formation d'apprentis, au titre de l'article L. 6211-3, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, pris après concertation avec les régions ; 3° D'assurer la répartition et le versement des fonds issus des contributions mentionnées au I de l'article L. 6131-4 ainsi qu'aux articles L. 6331-48, L. 6331-53 et L. 6331-65 dédiées au financement de la formation professionnelle, en fonction des conditions d'utilisation des ressources allouées, des effectifs et des catégories de public, dans des conditions fixées par un décret qui précise, notamment, la liste des informations relatives aux entreprises redevables de ces contributions transmises à France compétences par les organismes chargés du recouvrement de ces fonds. Ces fonds sont affectés : a) A la Caisse des dépôts et consignations, pour le financement du compte personnel de formation ; b) A l'Etat, pour la formation des demandeurs d'emploi ; c) Aux opérateurs de compétences, selon leur champ d'intervention pour l'aide au développement des compétences au bénéfice des entreprises de moins de cinquante salariés et pour le financement de l'alternance selon des modalités fixées par décret ; d) Aux régions ;

f) Aux opérateurs chargés de la mise en œuvre du conseil en évolution professionnelle désignés au titre du 4° ; g) Aux commissions paritaires interprofessionnelles régionales mentionnées à l'article L. 6323-17-6 ; h) Aux fonds d'assurance-formation de non-salariés mentionnés à l'article L. 6332-9, sur la base de la nature d'activité du travailleur indépendant déterminée dans les conditions mentionnées aux cinquième à huitième alinéas de l'article L. 6331-50 ; 4° D'organiser et de financer le conseil en évolution professionnelle à destination de l'ensemble des actifs occupés, hors agents publics, selon des modalités fixées par décret ; 4° bis De prendre toute mesure visant à l'équilibre du budget dont elle a la charge, notamment en révisant les recommandations mentionnées aux a et f du 10° du présent article. L'équilibre du budget est réputé atteint lorsque les dépenses totales n'excèdent pas les recettes existantes, y compris reports à nouveau et hors emprunt bancaire ; 5° De verser aux commissions paritaires interprofessionnelles régionales mentionnées à l'article L. 6323-17-6 des fonds pour le financement de projets de transition professionnelle mentionnés à l'article L. 6323-17-1 et de projets de reconversion professionnelle mentionnés au 4° du I de l'article L. 4163-7 selon des modalités fixées par décret ; 6° D'assurer la veille, l'observation et la transparence des coûts et des règles de prise en charge en matière de formation professionnelle, lorsque les prestataires perçoivent un financement d'un opérateur de compétences, de la commission mentionnée à l'article L. 6323-17-6, des fonds d'assurances formation de non-salariés, de l'Etat, des régions, de la Caisse des dépôts et consignations, de Pôle emploi et de l'institution mentionnée à l'article L. 5214-1, de collecter à cette fin les informations transmises par les prestataires de formation et de publier des indicateurs permettant d'apprécier la valeur ajoutée des actions de formation. A ce titre, elle est associée à la mise en œuvre du partage d'informations prévu à l'article L. 6353-10 et et rend compte annuellement de l'usage des fonds de la formation professionnelle et du conseil en évolution professionnelle. Les centres de formation d'apprentis ont l'obligation de transmettre à France compétences tout élément relatif à la détermination de leurs coûts ; 7° De contribuer au suivi et à l'évaluation de la qualité des actions de formation dispensées. A ce titre, elle émet un avis sur le référentiel national mentionné à l'article L. 6316-3 ; 8° D'établir le répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 6113-1 et le répertoire spécifique prévu à l'article L. 6113-6 ; 9° De suivre la mise en œuvre des contrats de plan régionaux de développement des formations et de l'orientation professionnelles définis au I de l'article L. 214-	e) A l'opérateur assurant le versement de l'aide au permis de conduire ; f) Aux opérateurs chargés de la mise en œuvre du conseil en évolution professionnelle désignés au titre du 4° ; g) Aux commissions paritaires interprofessionnelles régionales mentionnées à l'article L. 6323-17-6 ; h) Aux fonds d'assurance-formation de non-salariés mentionnés à l'article L. 6332-9, sur la base de la nature d'activité du travailleur indépendant déterminée dans les conditions mentionnées aux cinquième à huitième alinéas de l'article L. 6331-50 ; 4° D'organiser et de financer le conseil en évolution professionnelle à destination de l'ensemble des actifs occupés, hors agents publics, selon des modalités fixées par décret ; 4° bis De prendre toute mesure visant à l'équilibre du budget dont elle a la charge, notamment en révisant les recommandations mentionnées aux a et f du 10° du présent article. L'équilibre du budget est réputé atteint lorsque les dépenses totales n'excèdent pas les recettes existantes, y compris reports à nouveau et hors emprunt bancaire ; 5° De verser aux commissions paritaires interprofessionnelles régionales mentionnées à l'article L. 6323-17-6 des fonds pour le financement de projets de transition professionnelle mentionnés à l'article L. 6323-17-1 et de projets de reconversion professionnelle mentionnés au 4° du I de l'article L. 4163-7 selon des modalités fixées par décret ; 6° D'assurer la veille, l'observation et la transparence des coûts et des règles de prise en charge en matière de formation professionnelle, lorsque les prestataires perçoivent un financement d'un opérateur de compétences, de la commission mentionnée à l'article L. 6323-17-6, des fonds d'assurances formation de non-salariés, de l'Etat, des régions, de la Caisse des dépôts et consignations, de Pôle emploi et de l'institution mentionnée à l'article L. 5214-1, de collecter à cette fin les informations transmises par les prestataires de formation et de publier des indicateurs permettant d'apprécier la valeur ajoutée des actions de formation. A ce titre, elle est associée à la mise en œuvre du partage d'informations prévu à l'article L. 6353-10 ~~et~~ et rend compte annuellement de l'usage des fonds de la formation professionnelle et du conseil en évolution professionnelle. Les centres de formation d'apprentis ont l'obligation de transmettre à France compétences tout élément relatif à la détermination de leurs coûts ; 7° De contribuer au suivi et à l'évaluation de la qualité des actions de formation dispensées. A ce titre, elle émet un avis sur le référentiel national mentionné à l'article L. 6316-3 ;

13 du code de l'éducation. France compétences est destinataire, à cet effet, de ces contrats de plans régionaux de développement des formations et de l'orientation professionnelles ainsi que de leurs conventions annuelles d'application ; 10° D'émettre des recommandations sur : a) Le niveau et les règles de prise en charge du financement de l'alternance afin de favoriser leur convergence et de concourir à l'objectif d'équilibre financier du système de la formation professionnelle continue et de l'apprentissage ; b) La qualité des formations effectuées, notamment au regard de leurs résultats en matière d'accès à l'emploi et à la qualification ; c) L'articulation des actions en matière d'orientation, de formation professionnelle et d'emploi ; d) La garantie de l'égal accès de tous les actifs à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage ; e) Toute question relative à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage, notamment à leurs modalités d'accès et à leur financement ; f) Les modalités et règles de prise en charge des financements alloués au titre du compte personnel de formation mentionné à l'article L. 6323-17-1 du présent code, en vue de leur harmonisation sur l'ensemble du territoire et de la soutenabilité du système de la formation professionnelle continue et de l'apprentissage ; 11° De mettre en œuvre toutes autres actions en matière de formation professionnelle continue et d'apprentissage qui lui sont confiées par l'Etat, les régions et les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel ; 12° De signaler tout dysfonctionnement identifié dans le cadre de ses missions en matière de formation professionnelle aux services de contrôle de l'Etat ; 13° De consolider, d'animer et de rendre publics les travaux des observatoires prospectifs des métiers et des qualifications mentionnés à l'article L. 2241-4 ; 14° De financer des enquêtes de satisfaction pour évaluer la qualité de l'offre de service, au regard notamment des missions des opérateurs de compétences mentionnées au 1° du I de l'article L. 6332-1. Ces enquêtes sont réalisées auprès d'une partie significative des entreprises couvertes par les accords collectifs des branches adhérentes à chaque opérateur de compétences ainsi qu'auprès des organismes de formation que l'opérateur finance. Ces enquêtes sont transmises à l'Etat, afin que leurs résultats soient pris en compte dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation des conventions d'objectifs et de moyens mentionnées au même article L. 6332-1 ; 15° De reverser aux opérateurs de compétences des branches concernées les montants perçus au titre des	8° D'établir le répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 6113-1 et le répertoire spécifique prévu à l'article L. 6113-6 ; 9° De suivre la mise en œuvre des contrats de plan régionaux de développement des formations et de l'orientation professionnelles définis au I de l'article L. 214-13 du code de l'éducation. France compétences est destinataire, à cet effet, de ces contrats de plans régionaux de développement des formations et de l'orientation professionnelles ainsi que de leurs conventions annuelles d'application ; 10° D'émettre des recommandations sur : a) Le niveau et les règles de prise en charge du financement de l'alternance afin de favoriser leur convergence et de concourir à l'objectif d'équilibre financier du système de la formation professionnelle continue et de l'apprentissage ; b) La qualité des formations effectuées, notamment au regard de leurs résultats en matière d'accès à l'emploi et à la qualification ; c) L'articulation des actions en matière d'orientation, de formation professionnelle et d'emploi ; d) La garantie de l'égal accès de tous les actifs à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage ; e) Toute question relative à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage, notamment à leurs modalités d'accès et à leur financement ; f) Les modalités et règles de prise en charge des financements alloués au titre du compte personnel de formation mentionné à l'article L. 6323-17-1 du présent code, en vue de leur harmonisation sur l'ensemble du territoire et de la soutenabilité du système de la formation professionnelle continue et de l'apprentissage ; 11° De mettre en œuvre toutes autres actions en matière de formation professionnelle continue et d'apprentissage qui lui sont confiées par l'Etat, les régions et les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel ; 12° De signaler tout dysfonctionnement identifié dans le cadre de ses missions en matière de formation professionnelle aux services de contrôle de l'Etat ; 13° De consolider, d'animer et de rendre publics les travaux des observatoires prospectifs des métiers et des qualifications mentionnés à l'article L. 2241-4 ; 14° De financer des enquêtes de satisfaction pour évaluer la qualité de l'offre de service, au regard notamment des missions des opérateurs de

contributions supplémentaires ayant pour objet le développement de la formation professionnelle continue, créées par un accord professionnel national conclu en application de l'article L. 6332-1-2, et recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime ; 16° D'établir, diffuser et actualiser selon une périodicité fixée par décret des tables de correspondance des branches et entreprises adhérentes des opérateurs de compétences, en vue de faciliter les déclarations des employeurs, et de guider l'affectation aux opérateurs de compétences des fonds collectés par les organismes mentionnés aux articles L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime.	compétences mentionnées au 1° du I de l'article L. 6332-1. Ces enquêtes sont réalisées auprès d'une partie significative des entreprises couvertes par les accords collectifs des branches adhérentes à chaque opérateur de compétences ainsi qu'auprès des organismes de formation que l'opérateur finance. Ces enquêtes sont transmises à l'Etat, afin que leurs résultats soient pris en compte dans le cadre de l'élaboration et de l'évaluation des conventions d'objectifs et de moyens mentionnées au même article L. 6332-1 ; ~~*15° De reverser aux opérateurs de compétences des branches concernées les montants perçus au titre des contributions supplémentaires ayant pour objet le développement de la formation professionnelle continue, créées par un accord professionnel national conclu en application de l'article L. 6332-1-2, et recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime ;*~~ ~~16°~~ **15°** D'établir, diffuser et actualiser selon une périodicité fixée par décret des tables de correspondance des branches et entreprises adhérentes des opérateurs de compétences, en vue de faciliter les déclarations des employeurs, et de guider l'affectation aux opérateurs de compétences des fonds collectés par les organismes mentionnés aux articles L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime.
Article L. 6131-3 avant modification	**Article L. 6131-3 après modification**
I.-Les contributions mentionnées aux 2° à 4° du I de l'article L. 6131-1 sont recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Pour le recouvrement de ces contributions, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale perçoit des frais de gestion ainsi qu'un taux forfaitaire fixé, au regard du risque de non-recouvrement, selon les modalités prévues au 5° du même article. L'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime perçoit, pour sa part, des frais de gestion selon les modalités déterminées par une convention conclue entre cet organisme et l'institution mentionnée à l'article L. 6123-5 du présent code, et approuvée par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture. II.-Lorsqu'un accord conclu sur le fondement de l'article L. 6332-1-2 choisit de confier aux organismes mentionnés au I du présent article le recouvrement et le contrôle des contributions supplémentaires mentionnées au 5° du I de l'article L. 6131-1, et fait l'objet d'une extension en application de l'article L. 2261-15, ces contributions sont recouvrées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale, selon des modalités précisées par voie	~~I.~~-Les contributions mentionnées aux 2° à 4° du I de l'article L. 6131-1 sont recouvrées par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Pour le recouvrement de ces contributions, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale perçoit des frais de gestion ainsi qu'un taux forfaitaire fixé, au regard du risque de non-recouvrement, selon les modalités prévues au 5° du même article. L'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime perçoit, pour sa part, des frais de gestion selon les modalités déterminées par une convention conclue entre cet organisme et l'institution mentionnée à l'article L. 6123-5 du présent code, et approuvée par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture. ~~*II. Lorsqu'un accord conclu sur le fondement de l'article L. 6332-1-2 choisit de confier*~~ aux organismes mentionnés au I du présent article le recouvrement et le contrôle des contributions supplémentaires mentionnées au 5° du I de l'article L. 6131-1, et fait l'objet d'une extension en application de l'article L. 2261-15, ces contributions sont recouvrées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale, selon des modalités précisées par voie

réglementaire. Ces modalités sont déclinées par une convention cadre signée entre les organismes mentionnés aux articles L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, et les organisations syndicales de salariés et organisations professionnelles d'employeurs composant la commission paritaire nationale de l'emploi de chaque branche. Lorsque l'accord mentionné à l'alinéa précédent n'est pas étendu, les modalités de recouvrement sont fixées par une convention cadre conclue dans les conditions prévues au même alinéa, conformément à des conditions techniques fixées par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.	réglementaire. Ces modalités sont déclinées par une convention cadre signée entre les organismes mentionnés aux articles L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, et les organisations syndicales de salariés et organisations professionnelles d'employeurs composant la commission paritaire nationale de l'emploi de chaque branche. ~~*Lorsque l'accord mentionné à l'alinéa précédent n'est pas étendu, les modalités de recouvrement sont fixées par une convention cadre conclue dans les conditions prévues au même alinéa, conformément à des conditions techniques fixées par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.*~~
Article L. 6332-1-2	**Article L. 6332-1-2**
Les opérateurs de compétences agréés pour gérer la contribution mentionnée au chapitre Ier du présent titre peuvent également gérer les contributions supplémentaires ayant pour objet le développement de la formation professionnelle continue. Ces contributions sont versées soit en application d'un accord professionnel national conclu entre les organisations représentatives d'employeurs et de salariés et mutualisées dès réception par l'organisme au sein des branches concernées, soit sur une base volontaire par l'entreprise. Les contributions supplémentaires versées en application d'un accord professionnel national sont, au choix, suivant les dispositions de l'accord, recouvrées par les opérateurs de compétences ou recouvrées et contrôlées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime dans les conditions prévues au II de l'article L. 6131-3. Elles font l'objet d'un suivi comptable distinct.	**I.-**Les opérateurs de compétences agréés pour gérer la contribution mentionnée au chapitre Ier du présent titre peuvent également **collecter et** gérer les contributions supplémentaires ayant pour objet le développement de la formation professionnelle continue. Ces contributions sont versées soit en application d'un accord professionnel national conclu entre les organisations représentatives d'employeurs et de salariés et mutualisées dès réception par l'organisme au sein des branches concernées, soit sur une base volontaire par l'entreprise. ~~*Les contributions supplémentaires versées en application d'un accord professionnel national sont, au choix, suivant les dispositions de l'accord, recouvrées par les opérateurs de compétences ou recouvrées et contrôlées par les*~~ organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime dans les conditions prévues au II de l'article L. 6131-3. Elles font l'objet d'un suivi comptable distinct. **II- Les opérateurs de compétences peuvent collecter les contributions aux fonds de financement du paritarisme mentionnées au 3° de l'article L. 2253-1. Une convention entre l'opérateur de compétences et** l'association désignée par l'accord de la branche professionnelle concernée relatif au financement du paritarisme prévoit les modalités de collecte de cette contribution. **Ces contributions font l'objet d'un suivi comptable distinct et les frais de recouvrement de ces contributions sont spécifiques.**
Article L. 6332-1-3 avant modification	**Article L. 6332-1-3 après modification**
I.-L'opérateur de compétences prend en charge : 1° Les actions concourant au développement des compétences au bénéfice des entreprises de moins de cinquante salariés mentionnées à l'article L. 6313-1 ; 2° Les contrats d'apprentissage et de professionnalisation, les dépenses afférentes à la formation du tuteur et du maître d'apprentissage et à l'exercice de leurs fonctions ainsi que les actions de reconversion ou de promotion par l'alternance ;	I.-L'opérateur de compétences prend en charge : 1° Les actions concourant au développement des compétences au bénéfice des entreprises de moins de cinquante salariés mentionnées à l'article L. 6313-1 ; 2° Les contrats d'apprentissage et de professionnalisation, les dépenses afférentes à la formation du tuteur et du maître d'apprentissage et à l'exercice de leurs fonctions ainsi que les actions de reconversion ou de promotion par l'alternance ;

3° Si un accord de branche le prévoit, pendant une durée maximale de deux ans, les coûts de formation engagés pour faire face à de graves difficultés économiques conjoncturelles ; 4° Les formations des membres de la délégation du personnel du comité social et économique et du référent prévu au dernier alinéa de l'article L. 2314-1 nécessaires à l'exercice de leurs missions en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail au sein des entreprises de moins de cinquante salariés. II.-L'opérateur de compétences n'assure aucun financement, direct ou indirect, des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs. Il peut toutefois rembourser, sur présentation de justificatifs, les frais de déplacement, de séjour et de restauration engagés par les personnes qui siègent au sein de leurs organes de direction.	3° Si un accord de branche le prévoit, pendant une durée maximale de deux ans, les coûts de formation engagés pour faire face à de graves difficultés économiques conjoncturelles ; 4° Les formations des membres de la délégation du personnel du comité social et économique et du référent prévu au dernier alinéa de l'article L. 2314-1 nécessaires à l'exercice de leurs missions en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail au sein des entreprises de moins de cinquante salariés. II.-L'opérateur de compétences n'assure aucun financement, direct ou indirect, des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs. Il peut toutefois rembourser, sur présentation de justificatifs, les frais de déplacement, de séjour et de restauration engagés par les personnes qui siègent au sein de leurs organes de direction. **Il reverse le cas échéant les contributions mentionnées au II de l'article L. 6332-1-2 aux associations de gestion mises en place par les organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeur des branches concernées.**

Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 725-3 - version en vigueur au 1er janvier 2025	**Article L. 725-3 après modification**
Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Par dérogation à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, elles sont également chargées du recouvrement : a) Des cotisations dues pour la couverture des prestations d'assurance maladie et maternité prévues par le statut national des industries électriques et gazières mentionné à l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code ; b) Des cotisations dues pour la couverture des prestations du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code. Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de retard afférentes à ces cotisations. Elles sont également chargées du recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail. Toute action de mise en recouvrement est précédée de l'envoi au cotisant d'une mise en demeure de régulariser sa situation. Le second alinéa de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale est applicable à cette mise en demeure par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception. Indépendamment de la procédure applicable au contentieux de la sécurité sociale et de l'action en	**I.-** Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Par dérogation à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, elles sont également chargées du recouvrement : a) Des cotisations dues pour la couverture des prestations d'assurance maladie et maternité prévues par le statut national des industries électriques et gazières mentionné à l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code ; b) Des cotisations dues pour la couverture des prestations du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code. Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de retard afférentes à ces cotisations. Elles sont également chargées du recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail. **II.-** Toute action de mise en recouvrement est précédée de l'envoi au cotisant d'une mise en demeure de régulariser sa situation. Le second alinéa de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale est applicable à

constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, 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, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au second alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale ; 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent. Par dérogation au onzième alinéa du présent article, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes : - pour les versements, cotisations et contributions mentionnés aux a, b, c et e du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ; - pour les cotisations mentionnées aux a et b du présent article. Le taux mentionné au douzième alinéa est fixé, par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables dans les conditions prévues aux douzième à quatorzième alinéas n'est pas reversé aux attributaires.	cette mise en demeure par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception. Indépendamment de la procédure applicable au contentieux de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, 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, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au second alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale ; 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes. **III.-** La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent. Par dérogation ~~*au onzième alinéa du présent article*~~ **à l'alinéa précédent**, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes **pour** : **1° Les cotisations et contributions finançant les régimes de base** ~~*ou complémentaires*~~ **de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et de leurs employeurs ;** **2° Les versements, cotisations et contributions mentionnés aux** ~~**a,**~~ **b, c et e du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale**, à l'exception de ceux mentionnés à l'article L.6331-48 du code du travail et de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 **;** **3° Les contributions mentionnées aux articles L. 718-2-1 du présent code et L. 6331-53 du code du travail ;** 4° Les cotisations mentionnées aux a et b **du I** du présent article. Le taux mentionné au ~~*douzième alinéa*~~ **deuxième alinéa du III** est fixé, par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables dans les conditions prévues aux ~~*douzième à quatorzième alinéas*~~ **deuxième à sixième alinéas du III** n'est pas reversé aux attributaires. **Le solde résultant pour la caisse centrale de la mutualité sociale agricole des dispositions du présent III, déduction faite des frais de gestion, est affecté aux branches mentionnées aux articles L.722-8 et L. 722-27 du présent code, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture en fonction des soldes prévisionnels de ces branches.**

Article L. 725-12-3	Article L. 725-12-3 (nouveau)
	L'article L.243-1-3 du code de la sécurité sociale est applicable au paiement des cotisations et contributions sociales au titre des indemnités relatives aux périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail et versées aux salariés relevant de la protection sociale des personnes salariées agricoles. **Par dérogation à l'article L.725-3 du présent code, les cotisations mentionnées au 2° de l'article L.243-1-3 du code de la sécurité sociale sont recouvrées et contrôlées par les organismes mentionnés à l'article L.213-1 et L.752-4 du code de la sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime général.**
Article L. 741-1-1 avant modification	**Article L. 741-1-1 après modification**
L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Pour remplir ses obligations et par dérogation au premier alinéa de l'article L. 741-20, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. ~~*Pour remplir ses obligations et par dérogation au premier alinéa de l'article L. 741-20, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.*~~
Article L. 741-9 avant modification	**Article L. 741-9 après modification**
Les ressources des assurances sociales des salariés agricoles sont constituées : I.-Pour l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès : 1° Par une cotisation assise : a) Sur les revenus d'activité perçus par les assurés, à la charge des employeurs ; b) Sur les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires, à la charge des titulaires ; c) Sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, à la charge des titulaires ; 2° Par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale ; 3° Par une dotation de la Caisse nationale des allocations familiales versée en application du 6° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale. II.-Pour l'assurance vieillesse et veuvage : 1° Par une cotisation assise : a) Sur les revenus d'activité perçus par les assurés dans la limite du plafond défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, à la charge des employeurs et des assurés ; b) Sur la totalité des revenus d'activité perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des salariés ; 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 prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale	Les ressources des assurances sociales des salariés agricoles sont constituées : I.-Pour l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès : 1° Par une cotisation assise : a) Sur les revenus d'activité perçus par les assurés, à la charge des employeurs ; b) Sur les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires, à la charge des titulaires ; c) Sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, à la charge des titulaires ; 2° Par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale ; 3° Par une dotation de la Caisse nationale des allocations familiales versée en application du 6° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale. II.-Pour l'assurance vieillesse et veuvage : 1° Par une cotisation assise : a) Sur les revenus d'activité perçus par les assurés dans la limite du plafond défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, à la charge des employeurs et des assurés ; b) Sur la totalité des revenus d'activité perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des salariés ; 2° Par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les

et par les départs en retraite mentionnés au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail.	dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et par les départs en retraite mentionnés au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail. **La cotisation prévue au c du 1° du I du présent article est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles prévue pour la cotisation mentionnée à l'article L.136-1** du code de la sécurité sociale.

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	
Article 22 avant modification	**Article 22 après modification**
I.-La caisse de sécurité sociale de Mayotte est un organisme de droit privé doté de la personnalité civile. II.-La caisse a pour rôle : 1° D'assurer la gestion du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie institué à l'article 19 de la présente ordonnance ; 2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; 3° D'assurer la gestion du régime d'assurance accidents du travail et des maladies professionnelles en application des textes en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte ; 4° D'assurer la gestion du régime d'assurance vieillesse institué par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ; 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; 6° De promouvoir une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 7° D'exercer une action sanitaire et sociale au profit des ressortissants du régime visé au 1° ci-dessus ; 8° D'exercer une action sociale au profit des ressortissants du régime visé au 4° ci-dessus ; 9° De recouvrer les contributions mentionnées aux 2° à 4° et, le cas échéant, celles mentionnées au 5° du I de l'article L. 6131-1 du code du travail, ainsi que les contributions mentionnées au II de l'article L. 2135-10 du même code. III.-La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II du présent article et de la contribution prévue aux articles L. 813-4 et suivants du code de la construction tel qu'adaptés par les article L.	I.-La caisse de sécurité sociale de Mayotte est un organisme de droit privé doté de la personnalité civile. II.-La caisse a pour rôle : 1° D'assurer la gestion du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie institué à l'article 19 de la présente ordonnance ; 2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; 3° D'assurer la gestion du régime d'assurance accidents du travail et des maladies professionnelles en application des textes en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte ; 4° D'assurer la gestion du régime d'assurance vieillesse institué par les articles 5 à 23 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ; 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; 6° De promouvoir une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 7° D'exercer une action sanitaire et sociale au profit des ressortissants du régime visé au 1° ci-dessus ; 8° D'exercer une action sociale au profit des ressortissants du régime visé au 4° ci-dessus ; ~~9° De recouvrer les~~ contributions mentionnées aux 2° à 4° et, le cas échéant, celles mentionnées au 5° du I de l'article L. 6131-1 du code du travail, ainsi que les contributions mentionnées au II de l'article L. 2135-10 du même code. III.-La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° du II du présent article et de la contribution prévue aux articles L. 813-4 et suivants du code de la construction tel qu'adaptés par les article

861-1 à L. 861-3 du même code ainsi que des contributions mentionnées au 9° du II du présent article, selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. Un décret en Conseil d'Etat adapte en tant que de besoin ces règles, garanties et sanctions à la situation particulière de la collectivité territoriale de Mayotte.	L. 861-1 à L. 861-3 du même code ~~*ainsi que des contributions mentionnées au 9° du II du présent article*~~, selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. Un décret en Conseil d'Etat adapte en tant que de besoin ces règles, garanties et sanctions à la situation particulière de la collectivité territoriale de Mayotte.
Les articles L. 244-6 et L. 244-12 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.	Les articles L. 244-6 et L. 244-12 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.
Les agents de l'administration fiscale de Mayotte communiquent à leur demande aux agents de la caisse de sécurité sociale les renseignements nécessaires à l'établissement de l'assiette des cotisations et contributions et au calcul des prestations des régimes et actions gérés par la caisse.	Les agents de l'administration fiscale de Mayotte communiquent à leur demande aux agents de la caisse de sécurité sociale les renseignements nécessaires à l'établissement de l'assiette des cotisations et contributions et au calcul des prestations des régimes et actions gérés par la caisse.
IV.-Sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, qui est regardée pour leur application comme un organisme local du régime général :	IV.-Sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, qui est regardée pour leur application comme un organisme local du régime général :
1° Les articles L. 122-6 à L. 122-9 du code de la sécurité sociale ;	1° Les articles L. 122-6 à L. 122-9 du code de la sécurité sociale ;
2° L'article L. 162-15-4 du même code ;	2° L'article L. 162-15-4 du même code ;
3° L'article L. 217-7-1 du même code ; pour l'application du V de cet article, il est fait application des dispositions du chapitre III du titre II de la présente ordonnance au lieu des dispositions de l'article L. 131-6 du même code.	3° L'article L. 217-7-1 du même code ; pour l'application du V de cet article, il est fait application des dispositions du chapitre III du titre II de la présente ordonnance au lieu des dispositions de l'article L. 131-6 du même code.
V.-La caisse de sécurité sociale peut assurer, notamment pour le compte de la collectivité territoriale de Mayotte ou de l'Etat, la gestion de tout dispositif de protection ou d'aide sociale autres que ceux entrant directement dans ses compétences, dans des conditions définies par des conventions et sous réserve du paiement des frais correspondant à cette gestion.	V.-La caisse de sécurité sociale peut assurer, notamment pour le compte de la collectivité territoriale de Mayotte ou de l'Etat, la gestion de tout dispositif de protection ou d'aide sociale autres que ceux entrant directement dans ses compétences, dans des conditions définies par des conventions et sous réserve du paiement des frais correspondant à cette gestion.
VI.-Les organismes nationaux visés aux articles L. 221-1, L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale exercent, chacun dans son champ de compétence, un contrôle en matière de gestion de trésorerie ainsi qu'un contrôle sur les opérations immobilières et sur la gestion du patrimoine immobilier sur la caisse de sécurité sociale de Mayotte, au titre de ses attributions énoncées aux II et III ci-dessus.	VI.-Les organismes nationaux visés aux articles L. 221-1, L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 du code de la sécurité sociale exercent, chacun dans son champ de compétence, un contrôle en matière de gestion de trésorerie ainsi qu'un contrôle sur les opérations immobilières et sur la gestion du patrimoine immobilier sur la caisse de sécurité sociale de Mayotte, au titre de ses attributions énoncées aux II et III ci-dessus.
Les articles L. 224-11 et L. 224-13 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui est considérée comme un organisme de base mentionné au titre Ier du livre II de ce même code.	Les articles L. 224-11 et L. 224-13 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui est considérée comme un organisme de base mentionné au titre Ier du livre II de ce même code.
L'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale est applicable à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.	L'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale est applicable à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.
VII.-Les accords collectifs de travail conclus au sein de la caisse de sécurité sociale de Mayotte ne deviennent	VII.-Les accords collectifs de travail conclus au sein de la caisse de sécurité sociale de Mayotte ne deviennent

applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale.	applicables qu'après avoir reçu l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale.
Article 28-9-1 avant modification	**Article 28-9-1 après modification**
Les articles L. 133-5-3 à L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes à l'article L. 133-5-4 : 1° Au deuxième alinéa, après le mot : " vigueur ", sont insérés les mots : " à Mayotte " ; 2° Au dernier alinéa, les mots : " les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime " sont remplacés par les mots : " la caisse de sécurité sociale de Mayotte ".	**Pour l'application des articles L. 133-5-3 à L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale à Mayotte :** **« 1° Le plafond mensuel de sécurité sociale mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-4 est celui en vigueur à Mayotte ;** **« 2° La caisse de sécurité sociale de Mayotte est l'organisme de sécurité sociale destinataire de la déclaration sociale nominative en application du II *bis* de l'article L. 133-5-3 et chargé de recouvrer et contrôler cette déclaration en application de l'article L. 133-5-4.**
Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 modifiée portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	

Article 20	Article 20
La caisse de prévoyance sociale est chargée de recouvrer, d'affecter et de contrôler les contributions mentionnées aux 2° à 4° du I de l'article L. 6131-1 du code du travail et, le cas échéant, à compter du 1er janvier 2024, celles mentionnées au 5° du même I, ainsi que les contributions mentionnées au II de l'article L. 2135-10 du même code, selon les modalités déclaratives et la périodicité applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception du solde de la taxe d'apprentissage mentionné au II de l'article L. 6241-2 dudit code et de la contribution supplémentaire à l'apprentissage mentionnée au 3° de l'article L. 6131-1 du même code, qui sont recouvrés annuellement, sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale.	La caisse de prévoyance sociale est chargée de recouvrer, d'affecter et de contrôler les contributions mentionnées aux 2° à 4° du I de l'article L. 6131-1 du code du ~~*travail et, le cas échéant, à compter du 1er janvier 2024, celles mentionnées au 5° du même I, ainsi que les contributions mentionnées au II de l'article L. 2135-10 du même code,*~~ selon les modalités déclaratives et la périodicité applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception du solde de la taxe d'apprentissage mentionné au II de l'article L. 6241-2 dudit code et de la contribution supplémentaire à l'apprentissage mentionnée au 3° de l'article L. 6131-1 du même code, qui sont recouvrés annuellement, sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale.
Les contributions faisant l'objet d'un recouvrement par la caisse de prévoyance sociale sont reversées par celle-ci selon les modalités et aux attributaires définis aux articles L. 6131-3 à L. 6131-5 du même code, sous réserve des adaptations suivantes :	Les contributions faisant l'objet d'un recouvrement par la caisse de prévoyance sociale sont reversées par celle-ci selon les modalités et aux attributaires définis aux articles L. 6131-3 à L. 6131-5 du même code, sous réserve des adaptations suivantes :
1° Pour l'application des mêmes articles L. 6131-3 à L. 6131-5 à Saint-Pierre-et-Miquelon, la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon se substitue aux organismes mentionnés aux articles L. 225-1-1, L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux organismes mentionnés aux articles L. 723-1 et L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime ;	1° Pour l'application des mêmes articles L. 6131-3 à L. 6131-5 à Saint-Pierre-et-Miquelon, la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon se substitue aux organismes mentionnés aux articles L. 225-1-1, L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux organismes mentionnés aux articles L. 723-1 et L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime ;
2° Pour le recouvrement des contributions mentionnées aux 2° à 4° du I de l'article L. 6131-1 du code du travail, la caisse de prévoyance sociale perçoit des frais de gestion selon les modalités déterminées par une convention conclue avec l'institution mentionnée à l'article L. 6123-5 du même code et approuvée par les ministres chargés de la formation professionnelle, de la sécurité sociale et de l'outre-mer ;	2° Pour le recouvrement des contributions mentionnées aux 2° à 4° du I de l'article L. 6131-1 du code du travail, la caisse de prévoyance sociale perçoit des frais de gestion selon les modalités déterminées par une convention conclue avec l'institution mentionnée à l'article L. 6123-5 du même code et approuvée par les ministres chargés de la formation professionnelle, de la sécurité sociale et de l'outre-mer ;
3° La convention mentionnée au II de l'article L. 6131-4 dudit code est approuvée, pour les dispositions relatives à Saint-Pierre-et-Miquelon, par le ministre chargé de l'outre-mer.	3° La convention mentionnée au II de l'article L. 6131-4 dudit code est approuvée, pour les dispositions relatives à Saint-Pierre-et-Miquelon, par le ministre chargé de l'outre-mer.

Article 9 – Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a mis un terme à l'affiliation dans les principaux régimes spéciaux de retraite à compter du 1er septembre 2023 (RATP, IEG, Banque de France, clercs et employés de notaires, membres du CESE), après que le régime de la SNCF a connu une évolution similaire en 2020.

Ces régimes sont alors mécaniquement confrontés à une difficulté de financement liée à la perte croissante de leurs cotisants, sans que les pensions à verser, déjà engagées par les affiliations passées, diminuent selon le même rythme.

Ces difficultés sont par ailleurs d'une inégale intensité en raison à la fois des équilibres démographiques et des dynamiques de recrutement propres aux secteurs couverts par ces régimes mais aussi de la situation financière de ces derniers qui peuvent pour certains d'entre eux bénéficier de ressources affectées et/ou de réserves significatives.

La fermeture de ces régimes spéciaux acte le transfert des nouveaux cotisants vers le régime général. Il convient donc d'acter la bascule à compter de 2025 de l'équilibrage de ces régimes vers le régime général ainsi que la mise en place d'une convention prévoyant la participation de l'AGIRC-ARRCO à cet équilibrage.

b) Mesure proposée

Afin d'acter la mise en extinction des principaux régimes spéciaux et de simplifier l'architecture financière du système de retraite, il est proposé d'intégrer progressivement, à partir de 2025, les régimes concernés au régime général, et de mobiliser pour assurer leur financement, différentes ressources selon l'ordre de priorité suivant :

- Par priorité seront affectées à leur financement les cotisations et contributions sociales ; tant que ces ressources sont suffisantes pour assurer le financement de ces régimes, aucun mécanisme de solidarité ne sera nécessaire ;
- À défaut de recettes propres suffisantes pour couvrir leurs dépenses, les régimes mobiliseront en premier lieu les réserves qu'ils ont, le cas échéant, constituées. En effet, ces réserves, justifiées par le souci de disposer de ressources pour assurer la pérennité du régime en cas de difficulté démographique éventuelle, et qui n'étaient dans les deux cas justifiées que pour couvrir les besoins de dépenses futurs de ces régimes, ne sont plus nécessaires dès lors que les régimes sont à la fois fermés et ne peuvent donc plus décider de mesures spécifiques et financièrement intégrés au régime général ;
- À défaut de fonds propres suffisants pour couvrir les dépenses, les régimes intégrés bénéficieront d'une dotation d'équilibre du régime général, comme pour l'ensemble des régimes déjà intégrés à ce dernier.

Dans un souci de simplification, cette dotation remplacera trois dispositifs qui coexistent aujourd'hui :

- Le mécanisme de compensation qui aurait dû être mis en place par convention pour assurer la soutenabilité post-réforme du versement des pensions en tenant compte des pertes de recettes enregistrées par les régimes fermés du fait de la réduction progressive du nombre de leurs actifs ;
- La compensation généralisée vieillesse prévue à l'article L.134-1 du CSS pour ces régimes, qui sera désormais calculée et réalisée à un niveau consolidé englobant l'ensemble de ces régimes et le régime général ; le mécanisme qui en résulte ressortit principalement au niveau réglementaire, mais il est proposé d'en inscrire le principe général dans la loi : au regard des règles de compensation, la CNAV et les régimes fermés qu'elle équilibre formeraient ainsi un ensemble qui assurerait une contribution au titre des mécanismes de solidarité à l'égard de l'ensemble des autres régimes ;
- La subvention d'équilibre de l'État versée chaque année aux régimes déficitaires, remplacée mécaniquement par la dotation d'équilibre de la CNAV.

Dans le cadre de cette intégration financière, le régime général se substitue ainsi à l'État dans le rôle d'équilibreur en dernier ressort des différents régimes, tout en recevant les financements nécessaires pour cette mission, correspondant à ceux qui y auraient été consacrés par l'État. Cette compensation passerait par une clé de TVA, dont le montant serait calculé à partir des crédits actuels de la mission « régimes sociaux et de retraite », et qui pourrait être revue à intervalles réguliers après la présentation d'un rapport au Parlement.

La logique unificatrice du schéma voudrait également que l'AGIRC-ARRCO participe au financement des régimes spéciaux fermés puisqu'elle affiliera désormais, comme les régimes obligatoires de base, les actifs qui auraient relevé de ces régimes. Alors que le régime général devra assurer l'équilibrage de ces régimes spéciaux, y compris pour la partie correspondant à une retraite complémentaire pour les salariés du régime général, l'AGIRC-ARRCO enregistrera au contraire des gains nets jusqu'à ce que la première génération concernée prenne sa retraite. Les gains de l'AGIRC-ARRCO liés aux nouveaux cotisants issus des secteurs des régimes spéciaux fermés devront donc être reversés à la CNAV qui assurera l'équilibrage de ces régimes.

Article 9 – Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux

Compte tenu des gains issus de la réforme des retraites pour l'AGIRC-ARRCO, liés au décalage de l'âge d'ouverture des droits à la retraite et à l'accélération de la durée d'assurance requise, il est prévu qu'une convention conclue entre le régime général et l'AGIRC-ARRCO détermine la contribution relative aux différents enjeux de solidarité au sein du système de retraite, dont celui résultant de la fermeture des régimes spéciaux. À défaut de fixation par cette convention de la contribution au titre des nouveaux cotisants issus des régimes fermés, un décret en fixera le montant.

Cette mesure concernera les régimes fermés par la LFRSS pour 2023 : les régimes de la RATP, des industries électriques et gazières (CNIEG), des clercs et employés de notaires (CRPCEN), de la Banque de France et des membres du Conseil économique social et environnemental (CESE).

Elle sera également appliquée aux régimes déjà fermés :

- celui de la SNCF ;
- les autres régimes financés par la mission « Régimes sociaux et de retraite », c'est-à-dire les régimes des mines, de la SEITA, des régies ferroviaires d'outre-mer, de l'ORTF et des agents des chemins de fer d'Afrique du Nord et outre-mer.

La fermeture des régimes spéciaux doit également s'accompagner de la création d'un mécanisme de prise en charge financière des nouveaux embauchés pour le bénéfice du compte professionnel de prévention (C2P) par les régimes auxquels ils resteront affiliés au titre du risque AT-MP.

Aujourd'hui, la prise en compte de la pénibilité dans les régimes spéciaux se traduit essentiellement par la possibilité de départs anticipés sous réserve que l'assuré ait effectué une durée de service suffisante en catégorie active. Dès lors que la fermeture du risque vieillesse entraine la fin de ces catégories, la LFRSS 2023 ouvre l'accès au C2P, dispositif prévu dans le code du travail, aux nouveaux embauchés de ces régimes, afin qu'ils bénéficient, au même titre que les salariés du régime général, d'un dispositif de prise en compte de la pénibilité.

Pour rappel, le C2P est un dispositif dans le cadre duquel les salariés déclarés exposés à des facteurs de risques professionnels (travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, températures extrêmes, bruit, milieu hyperbare, travail répétitif) au-delà de seuils réglementaires acquièrent des points leur permettant de bénéficier d'un départ anticipé à la retraite, d'un temps partiel sans perte de rémunération, d'une formation et/ou d'un congé de reconversion professionnelle. Le dispositif est géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie et est actuellement financé par les branche AT-MP du régime général et du régime des salariés agricoles, via une majoration mutualisée du taux de cotisation AT-MP, identique pour toutes les entreprises quel que soit le nombre de salariés déclarés exposés. Afin d'assurer le financement du dispositif pour les salariés qui resteront affiliés à des régimes spéciaux au titre du risque AT-MP, il est nécessaire de prévoir un circuit spécifique de financement.

En effet, si, à la SNCF, les salariés embauchés depuis le 1er janvier 2020 sont affiliés au régime général pour l'ensemble des risques et bénéficient du C2P financé par une majoration au taux AT-MP, les nouveaux embauchés des IEG, de la RATP et de la Banque de France restent affiliés à leur régime spécial pour les autres risques, et notamment le risque AT-MP. Ainsi, les employeurs ne sont pas soumis à la cotisation AT-MP de droit commun dont la majoration M4 finance au régime général les deux dispositifs de pénibilité (C2P et retraite anticipée pour incapacité permanente). Par équité entre les employeurs s'agissant du C2P, il est donc nécessaire de prévoir une contribution spécifique affectée à la branche AT-MP du régime général pour ces assurés qui ne relèveront pas de cette branche, au seul titre de la pénibilité.

Les conditions de maintien de l'affiliation aux régimes des IEG et de la CRPCEN doivent être précisées pour les personnes cessant temporairement d'exercer une activité salariée au sein de ces secteurs

L'article 16 de la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, pour le régime de retraite des IEG, et l'article 1er de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires, pour celui de la CRPCEN, ont été modifiés par l'article 1er de la LFRSS pour 2023 pour prévoir la fermeture de ces régimes pour les salariés recrutés à compter du 1er septembre 2023. Il convient cependant de prendre en compte la situation des salariés affiliés à ces régimes antérieurement au 1er septembre 2023 mais qui n'exercent plus, de manière temporaire, une activité salariée donnant lieu au versement de cotisation à l'un de ces deux régimes spéciaux. La rédaction de ces articles doit donc être adaptée, conformément aux engagements gouvernementaux, pour prévoir :

- pour les salariés ayant cessé ou suspendu leur activité avant le 1er septembre 2023, le maintien de l'affiliation à condition que cette cessation d'activité n'ait pas une durée supérieure à 10 ans ;
- pour les salariés qui cesseront ou suspendront leur activité à compter du 1er septembre 2023 :
    - le maintien de l'affiliation durant certaines périodes de congés familiaux ou conjugaux, dont la liste sera fixée par décret ;
    - le maintien d'affiliation en cas de reprise d'une activité après la rupture du contrat de travail dans un délai maximal d'un mois, pour les salariés ayant été à l'initiative de la rupture de leur contrat de travail (démission, rupture conventionnelle) ou d'un an, pour les salariés ayant subi la rupture de leur contrat de travail (licenciement). Le maintien d'affiliation cessera en cas de reprise d'une activité donnant lieu à affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale.

c) Autres options possibles

Afin de garantir le financement des régimes spéciaux mis en extinction, une autre option aurait consisté en la mise en place d'un système de financement *ad hoc* pour chaque régime, sur le modèle de celui de la SNCF, sous la forme de conventions tripartites entre les régimes, la CNAV et l'AGIRC-ARRCO.

Toutefois, l'hétérogénéité des modalités de financement (notamment l'existence de réserves et de taxes affectées) rendrait la réplication du schéma utilisé pour la SNCF non seulement peu lisible mais engendrant une complexité supplémentaire dans la gestion de la fermeture de ces régimes, sans permettre de tirer profit de la réforme pour améliorer durablement la lisibilité de l'architecture financière du système de retraite et apporter une garantie de financement solide au plan juridique aux régimes. Le recours à un vecteur conventionnel présente par ailleurs l'inconvénient d'être provisoire dès lors qu'il requiert la réouverture des négociations tous les cinq ans.

La définition d'un schéma de financement commun à l'ensemble des régimes spéciaux fermés et inscrit dans le code de la sécurité sociale doit ainsi permettre de sécuriser durablement le versement des prestations, sans surcoût pour les finances publiques, tout en s'inscrivant de manière cohérente avec la logique de la réforme qui transfère les assurés et les ressources au régime général.

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

La mise en place d'un régime unifié de financement des régimes spéciaux implique que la CNAV remplace l'Etat dans le rôle d'équilibreur en dernier ressort des régimes spéciaux fermés qui ne disposeront plus de ressources propres suffisantes (cotisations et réserves). En contrepartie, l'Etat compensera la CNAV par l'affectation de recettes pérennes. Cette mesure a donc un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base et peut figurer en loi de financement de la sécurité sociale en application du *b)* du 1° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

La création d'une contribution spécifique affectée à la branche AT-MP du régime général pour les assurés des secteurs des ex-régimes spéciaux qui relèveront du régime général peut aussi figurer en loi de financement de la sécurité sociale en application du *b)* du 1° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

Les précisions relatives aux condition de maintien d'affiliation dans les régimes des IEG et de la CRPCEN pour les personnes cessant temporairement d'exercer une activité dans ces secteurs auront pour effet de modifier le régime d'affiliation de ces personnes et donc les cotisations auxquels ils seront soumis, avec en conséquence un effet indirect sur les recettes des régimes obligatoires de base. Ces dispositions peuvent donc figurer en loi de financement de la sécurité sociale en application du *b)* du 1° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 au sujet de la mesure et, de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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	
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 partiellement applicable (pas d'application du C2P)*

La loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires et la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières s'appliquent sur l'ensemble du territoire, outre-mer compris, néanmoins la CRPCEN a en pratique une compétence limitée à la France métropolitaine et le régime des IEG n'a pas d'affiliés hors France métropolitaine et départements d'outre-mer (Mayotte compris).

3. Impact financier global

I. La mise en place d'un schéma de financement unifié

La mise en place d'un schéma unifié à compter de 2025 serait globalement neutre financièrement par rapport à une situation contrefactuelle où aucune mesure n'aurait été prise pour assurer le financement des régimes spéciaux fermés.

1) Du point de vue des régimes spéciaux

Même en l'absence de mesure, les modalités de financement des régimes spéciaux, bien que hétérogènes, garantiraient un équilibre à moyen terme :

- Le régime de la RATP et celui des membres du CESE seraient déficitaires mais leur équilibre financier serait assuré par une contribution d'équilibre versée par l'État pour celui de la RATP et par une subvention du CESE, lui-même financé par le programme 126 « Conseil économique, social et environnemental » de la mission « Conseil et contrôle de l'État ».
- Le régime de la SNCF, fermé en 2018, est équilibré selon des modalités définies par une convention applicable jusqu'au 31 décembre 2024.
- Le régime vieillesse des IEG étant adossé aux régimes de retraite de droit commun (CNAV et AGIRC-ARRCO) pour la part des droits équivalents à ceux des régimes de droit commun et équilibré par les employeurs pour les droits spécifiques, il demeurerait à l'équilibre malgré sa fermeture. L'adossement prévoit, en effet, que la CNIEG verse à la CNAV et à l'AGIRC-ARRCO un montant de cotisations équivalent à celui qui serait du si les agents des IEG étaient affiliés aux régimes de droit commun et qu'en contrepartie ces deux régimes financent les pensions de droit commun des agents des IEG. Dès lors, la réduction progressive du nombre de cotisants liée à la fermeture du régime entraînerait une baisse des cotisations versées par la CNIEG, sans que le financement des prestations de droit commun par la CNAV et l'AGIRC-ARRCO fût entamé. Pour les droits spécifiques, leur financement demeurerait assuré par le maintien de la CTA pour les droits passés, ainsi que de la cotisation et de la contribution à la charge des employeurs pour les droits futurs.
- Le régime de la Banque de France et celui des clercs et employés de notaires disposent d'une situation initiale plus favorable et de réserves importantes qui leur permettraient d'équilibrer leurs comptes à moyen voire à long terme.

La mise en œuvre d'un schéma de financement unifié, qui impliquerait donc un transfert de l'équilibrage au profit de la CNAV serait donc neutre, à moyen terme, pour les régimes spéciaux.

2) Du point de vue de l'État

Dans l'hypothèse où aucune mesure de financement n'aurait été prise, l'État, qui assure l'équilibre du régime de la RATP et de celui des membres du CESE, devrait accroître son effort financier avec la fermeture de ces régimes. La mise en œuvre d'un schéma de financement devrait diminuer la contribution de l'État et réduire ses dépenses dès lors que la CNAV et l'AGIRC-ARRCO contribueraient également au financement des régimes spéciaux fermés.

3) Du point de vue du régime général

En l'absence de mesure de financement, et même si la CNAV doit assurer l'équilibre du régime des IEG par l'intermédiaire du mécanisme de l'adossement, la fermeture des régimes spéciaux se traduirait par une hausse du nombre de cotisants et donc par une hausse de recettes.

La définition d'un schéma de financement, dans lequel la CNAV serait chargée d'équilibrer en dernier ressort les régimes spéciaux fermés, devrait entraîner une hausse de ses dépenses, qui serait compensée par une augmentation de ses recettes (cotisations, versement d'une compensation de l'État et contribution de l'AGIRC-ARRCO). En fin de compte, la mise en œuvre de ce schéma de financement serait neutre pour la CNAV par rapport à la situation qui prévalait avant la réforme des régimes spéciaux.

II. Autres mesures d'adaptation du système de retraite à la fermeture des régimes spéciaux

Au vu du nombre réduit de nouveaux embauchés annuels dans les régimes de la RATP, de la CNIEG et de la Banque de France (environ 7000 personnes par an en cumulé), l'impact de la contribution spécifique pour la prise en charge du C2P devrait être très réduit pour ces trois régimes. Cet impact devrait connaitre une montée en charge très progressive à mesure que ces nouveaux embauchés accumulent des points.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS		0	- 13	- 19	- 19
- CNAV			- 13	- 19	- 19
- Régimes spéciaux					
Régimes retraite complémentaire			- 13	- 19	- 19
Etat		0	+ 26	+ 38	+ 38

4. 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

Cette mesure vise à garantir, jusqu'à leur extinction définitive, un financement pérenne des prestations versées par les régimes spéciaux fermés.

- ***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.

5. 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, la mesure visant à préserver un financement pérenne des prestations versées aux assurés des régimes spéciaux.

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

À compter du premier exercice dont le solde négatif ne peut être couvert par les ressources propres, produits financiers ou la réalisation d'actifs, la CNAV devra retracer dans ses comptes le solde des charges et des produits des régimes spéciaux fermés et en assurer l'équilibre.

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

Sans impact.

IV. 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 mise en œuvre d'un schéma de financement unifié pour les régimes spéciaux fermés nécessitera la modification des textes réglementaires suivant :

- L'article D134-10 du code de la sécurité sociale relatif aux documents comptables fournis par les caisses intégrées financièrement à la CNAV ;
- Le décret mentionné à l'article L. 134-3 du code la sécurité sociale relatif à la compensation généralisée vieillesse.

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 prendra effet le 1er janvier 2024, à l'exception d'une part du mécanisme d'intégration financière qui entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2025 afin d'accorder un délai nécessaire pour modifier les programmes budgétaires correspondants et calibrer la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de cette mesure sera suivie chaque année dans le cadre des travaux préparatoires d'élaboration du PLFSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 134-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 134-1 du code de la sécurité sociale après modification
Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base comportant un effectif minimal. Pour les besoins de cette compensation, sont distinguées au sein du régime général les personnes mentionnées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31, d'une part, et les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, d'autre part. La compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes au titre des droits propres. Toutefois, tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques. La compensation prévue au présent article est calculée sur la base d'une prestation de référence et d'une cotisation moyenne ; elle est opérée après application des compensations existantes. Les soldes qui en résultent entre les divers régimes sont fixés par arrêtés interministériels, après consultation de la commission de compensation prévue à l'article L. 114-3.	Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base comportant un effectif minimal. ~~*Pour les besoins de cette compensation, sont distinguées au sein du régime général les personnes mentionnées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31, d'une part, et les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, d'autre part.*~~ **Pour les besoins de cette compensation, les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 sont distinguées, au sein du régime général, des autres catégories d'affiliés à ce régime.** La compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes au titre des droits propres. Toutefois, tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques. La compensation prévue au présent article est calculée sur la base d'une prestation de référence et d'une cotisation moyenne ; elle est opérée après application des compensations existantes. **Pour le calcul de cette compensation, le régime général en tant que régime d'affiliation des personnes autres que les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 et les régimes spéciaux dont il assure l'équilibre financier en application du 3° de l'article L. 134-3, forment un ensemble unique. Les transferts relatifs à cet ensemble sont à la charge ou au bénéfice du seul régime général.** Les soldes qui en résultent entre les divers régimes sont fixés par arrêtés interministériels, après consultation de la commission de compensation prévue à l'article L. 114-3.
Article L. 134-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 134-3 du code de la sécurité sociale après modification**
Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits : 1° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; 2° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime. Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 1° du présent article. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.	Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui en assure l'équilibre financier, **le solde** ~~*l'ensemble*~~ des charges et des produits : 1° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; 2° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche **maritime ;** ~~*maritime.*~~ **3°** À compter du premier exercice au terme duquel les fonds propres sont négatifs: **a)** Du régime mentionné à l'article L. 142-9 du code monétaire et financier ; **b) Du régime spécial de retraite du personnel de la société nationale SNCF et ses filiales relevant du I de l'article L.** 2101-2 du code des transports ; **c) Du régime mentionné à l'article L. 214**2-4-2 du code des transports ; **d) Du régime prévu par l'article 1er** de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ; **e) Du régime institué par la loi n° 57-761 du 10 juillet 1957 portant modification de certaines dispositions de la loi du**

	6 janvier 1950 en ce qui concerne le statut du Conseil économique ; **f) Du régime mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières ;** **g) Du régime mentionné à l'article 171 de la loi n° 46-2154 du 7 octobre 1946 portant ouverture et annulation de crédits sur l'exercice 1946 ;** **h) Du régime institué par l'article 3 de l'ordonnance n° 59-80 du 7 janvier 1959 portant réorganisation des monopoles fis**caux des tabacs et allumettes ; **i) Les régimes des agents des chemins de fer d'Afrique du Nord et d'outre-mer ;** **j) Du régime des personnels de l'Office de radiodiffusion-télévision française.** Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 1° du présent article. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.
Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale après modification**
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 annuellement et revalorisé en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. 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. Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des 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. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par : 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-10, L. 137-11, L. 137-11-1, L. 137-11-2, L. 137-12, L. 137-15 et L. 137-30 du présent code ; 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis	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 annuellement et revalorisé en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. 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. Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des 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. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par : 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-10, L. 137-11, L. 137-11-1, L. 137-11-2, L. 137-12, L. 137-15 et L. 137-30 du présent code ; 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis

par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ; 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ; 4° Les sommes acquises à l'Etat en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ; 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ; 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.	par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ; 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ; 4° Les sommes acquises à l'Etat en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ; 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ; 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications **électroniques ;** ~~*électroniques.*~~ **7° Une contribution des régimes de retraite complémentaire mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code dont le montant est fixé par une convention entre ces régimes et le régime général, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du travail et du budget au titre de la solidarité financière au sein du système de retraite. A compter du 1er janvier 2025, à défaut de fixation par une telle convention, au 30 juin de l'exercice en cours, de la contribution due par les régimes de retraite complémentaire pour tenir compte des conséquences financières, pour chacun des organismes, de la fermeture des régimes spéciaux mentionnés aux a) à f) du 3° de l'article L. 134-3, un décret fixe le montant de cette contribution au titre de cet exercice.** Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.
Article 1er de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires avant modification	**Article 1er de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires après modification**
Par. 1er - Il est institué une caisse de retraite et de prévoyance pour les clercs et employés de l'un ou l'autre sexe des études notariales, des chambres de notaires, des caisses de garantie, de la caisse créée par la présente loi, ainsi que des organismes professionnels assimilés, par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre du travail et de la sécurité sociale, après avis du conseil supérieur du notariat siégeant en comité mixte. Par. 2 - Cette caisse a pour objet la constitution, au profit de l'affilié, d'une pension en cas d'invalidité prématurée, la gestion des risques maladie, longue maladie, maternité et décès, le versement d'indemnités en cas de chômage et, éventuellement, la création d'œuvres sanitaires et sociales, dans des conditions déterminées par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 5 de la présente loi. L'affiliation à cette caisse est obligatoire pour tous les clercs et employés, dès leur entrée en fonctions, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.	Par. 1er - Il est institué une caisse de retraite et de prévoyance pour les clercs et employés de l'un ou l'autre sexe des études notariales, des chambres de notaires, des caisses de garantie, de la caisse créée par la présente loi, ainsi que des organismes professionnels assimilés, par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre du travail et de la sécurité sociale, après avis du conseil supérieur du notariat siégeant en comité mixte. Par. 2 - Cette caisse a pour objet la constitution, au profit de l'affilié, d'une pension en cas d'invalidité prématurée, la gestion des risques maladie, longue maladie, maternité et décès, le versement d'indemnités en cas de chômage et, éventuellement, la création d'œuvres sanitaires et sociales, dans des conditions déterminées par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 5 de la présente loi. L'affiliation à cette caisse est obligatoire pour tous les clercs et employés, dès leur entrée en fonctions, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

Cette caisse a également pour objet la constitution, au profit des clercs et employés de notaire recrutés avant le 1er septembre 2023 et qui remplissent, sans aucune interruption à compter de cette date, les conditions d'affiliation à la caisse, d'une pension en cas de vieillesse et, en cas de décès, d'une pension au profit du conjoint et des enfants mineurs. Le contrôle dans les études de notaire en ce qui concerne l'application des prescriptions de la présente loi et des textes pris pour son application est assuré dans des conditions et par des catégories de personnes fixées par décret en Conseil d'Etat. Les contrôleurs sont soumis au secret professionnel.	Cette caisse a également pour objet la constitution, au profit des clercs et employés de notaire recrutés avant le 1er septembre 2023 et qui remplissent, ~~sans aucune interruption~~ à compter de cette date, les conditions d'affiliation à la caisse, d'une pension en cas de vieillesse et, en cas de décès, d'une pension au profit du conjoint et des enfants mineurs. **Un décret fixe la liste des congés qui permettent le maintien de l'affiliation à ce régime d'assurance vieillesse après le 1er** septembre 2023 alors même qu'ils ne donnent lieu ni au versement de cotisations ni à la constitution de droits à pension dans ce régime. **En cas de rupture du contrat de travail après le 1er** septembre 2023, l'affiliation est maintenue pendant un mois si la rupture est à l'initiative du salarié ou d'un commun accord, pendant un an si elle est à l'initiative de l'employeur, ou, si elle intervient plus tôt, jusqu'à la reprise d'une activité entrainant affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale. **Pour les clercs et employés de notaire ayant suspendu ou cessé leur activité avant le 1er** septembre 2023, l'affiliation au régime d'assurance vieillesse est maintenue après cette date, quelle que soit la cause de la suspension ou de l'interruption du contrat de travail, lorsque celle-ci n'a pas excédé une durée de dix ans. Le contrôle dans les études de notaire en ce qui concerne l'application des prescriptions de la présente loi et des textes pris pour son application est assuré dans des conditions et par des catégories de personnes fixées par décret en Conseil d'Etat. Les contrôleurs sont soumis au secret professionnel.
Article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires avant modification	**Article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires après modification**
Par. 1er-La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l'article 1er de la présente loi reçoit : 1° Une cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1er. Cette cotisation est assise sur les revenus d'activité entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Le taux de cette cotisation est fixé par décret ; 2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires. Elle est recouvrée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat ; 3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1er. Cette cotisation est assise sur les revenus d'activité entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Le taux de cette cotisation est fixé par décret. Cette cotisation est obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à l'organisme de recouvrement compétent en même temps que la cotisation mentionnée au 1° ; 4° Une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, à un taux et dans des conditions fixés par décret, à l'exclusion des avantages servis aux personnes ne relevant pas du régime d'assurance	Par. 1er-La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l'article 1er de la présente loi reçoit : 1° Une cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1er. Cette cotisation est assise sur les revenus d'activité entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Le taux de cette cotisation est fixé par décret ; 2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires. Elle est recouvrée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat ; 3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1er. Cette cotisation est assise sur les revenus d'activité entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Le taux de cette cotisation est fixé par décret. Cette cotisation est obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à l'organisme de recouvrement compétent en même temps que la cotisation mentionnée au 1° ; 4° Une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, à un taux et dans des conditions fixés par décret, à l'exclusion des avantages servis aux personnes ne relevant pas du régime d'assurance

maladie et maternité des clercs et employés de notaires. Sont également exonérés de cette cotisation les pensionnés relevant du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale . Par. 2-Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par voie réglementaire sont passibles d'une majoration.	maladie et maternité des clercs et employés de notaires. Sont également exonérés de cette cotisation les pensionnés relevant ~~du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale~~ **du 1° du II de l'article L. 136-1-2.** Par. 2-Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par voie réglementaire sont passibles d'une majoration.
Article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relatif au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières avant modification	**Article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relatif au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières après modification**
I.-A compter du 1er janvier 2005, le fonctionnement du régime d'assurance, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz est assuré par la Caisse nationale des industries électriques et gazières. Le fonctionnement du régime d'assurance vieillesse prévu au même article 47, pour les personnels salariés recrutés avant le 1er septembre 2023 et qui remplissent, sans aucune interruption à compter de cette date, les conditions d'affiliation à ce régime, est également assuré par cette caisse. Elle est chargée de verser aux affiliés les prestations en espèces correspondantes, dans les conditions prévues au II, et de recouvrer et de contrôler la contribution tarifaire, dans les conditions prévues à l'article 18 de la présente loi. Outre les prestations mentionnées à l'alinéa précédent, la caisse est habilitée à servir des prestations complémentaires aux prestations de sécurité sociale de base, des prestations instituées par le statut national du personnel des industries électriques et gazières et des prestations instituées par des accords d'entreprise conclus avant le 1er janvier 2005. Cette gestion est organisée au moyen de conventions passées entre la caisse et les personnes morales qui lui délèguent la gestion de ces prestations. La caisse est également chargée de gérer des mécanismes supplémentaires de solidarité intraprofessionnelle entre tout ou partie des employeurs relevant du statut national du personnel des industries électriques et gazières. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret en Conseil d'Etat. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est un organisme de sécurité sociale de droit privé, doté de la personnalité morale. Elle est chargée d'une mission de service public au profit des personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières dont le statut est fixé par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. Elle est placée sous la tutelle de l'Etat. Elle est administrée par un conseil d'administration comprenant pour moitié des représentants des salariés désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche des industries électriques et gazières, pour moitié des représentants des employeurs désignés par les fédérations représentatives des employeurs de la branche des industries électriques et gazières, selon des modalités définies par décret. Les membres du conseil d'administration sont choisis dans le respect des dispositions de l'article des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 du code de la sécurité sociale. Le conseil d'administration de la caisse est consulté sur les projets de dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences directes sur l'équilibre financier du régime ou entrant dans son domaine de compétences. Il rend un avis motivé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa.	I.-A compter du 1er janvier 2005, le fonctionnement du régime d'assurance, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz est assuré par la Caisse nationale des industries électriques et gazières. Le fonctionnement du régime d'assurance vieillesse prévu au même article 47, pour les personnels salariés recrutés avant le 1er septembre 2023 et qui remplissent, ~~sans aucune interruption~~ à compter de cette date, les conditions d'affiliation à ce régime, est également assuré par cette caisse. Elle est chargée de verser aux affiliés les prestations en espèces correspondantes, dans les conditions prévues au II, et de recouvrer et de contrôler la contribution tarifaire, dans les conditions prévues à l'article 18 de la présente loi. **Un décret fixe la liste des congés qui permettent le maintien de l'affiliation à ce régime d'assurance vieillesse après le 1er** septembre 2023 alors même qu'ils ne donnent lieu ni au versement de cotisations ni à la constitution de droits à pension dans ce régime. **En cas de rupture du contrat de travail après** le 1er septembre 2023, l'affiliation est maintenue pendant un mois si la rupture est à l'initiative du salarié ou d'un commun accord, pendant un an si elle est à l'initiative de l'employeur, ou, si elle intervient plus tôt, jusqu'à la reprise d'une activité entrainant affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale. **Pour les salariés ayant suspendu ou cessé leur activité avant le 1er** septembre 2023, l'affiliation au régime d'assurance vieillesse est maintenue après cette date, quelle que soit la cause de la suspension ou de l'interruption du contrat de travail, lorsque celle-ci n'a pas excédé une durée de dix ans. Outre les prestations mentionnées **au premier alinéa** ~~à l'alinéa précédent,~~ la caisse est habilitée à servir des prestations complémentaires aux prestations de sécurité sociale de base, des prestations instituées par le statut national du personnel des industries électriques et gazières et des prestations instituées par des accords d'entreprise conclus avant le 1er janvier 2005. Cette gestion est organisée au moyen de conventions passées entre la caisse et les personnes morales qui lui délèguent la gestion de ces prestations. La caisse est également chargée de gérer des mécanismes supplémentaires de solidarité intraprofessionnelle entre tout ou partie des employeurs relevant du statut national du personnel des industries électriques et gazières. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret en Conseil d'Etat. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est un organisme de sécurité sociale de droit privé, doté de la personnalité morale. Elle est chargée d'une mission de service public au profit des personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières dont le statut est fixé par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. Elle est placée sous la tutelle de l'Etat. Elle est administrée

La Caisse nationale des industries électriques et gazières gère cinq sections relatives respectivement à l'assurance vieillesse, à l'invalidité, au décès, aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la gestion administrative. Chaque section fait l'objet d'une comptabilité distincte et est équilibrée. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse et notamment les modalités d'exercice de la tutelle, d'élection du président du conseil d'administration ainsi que de désignation du directeur et de l'agent comptable. Le personnel de la Caisse nationale des industries électriques et gazières relève du statut national du personnel des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. II.-Les personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières sont, à compter du 1er janvier 2005, affiliés de plein droit, pour les risques mentionnés au présent article, à la Caisse nationale des industries électriques et gazières. La caisse leur verse les prestations en espèces correspondantes. III.-(Abrogé) IV.-En cas de défaillance d'un employeur du régime des industries électriques et gazières, le bénéfice des contrats d'assurance de groupe qu'il a souscrits pour financer le service des prestations d'assurance vieillesse correspondant aux périodes validées par ses personnels salariés et retraités et par ses anciens salariés dont le statut est fixé par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée est transféré de plein droit à la Caisse nationale des industries électriques et gazières. Les charges correspondant aux droits spécifiques définis au I de l'article 17 et non financés par la contribution tarifaire prévue à l'article 18, restant non couvertes malgré le transfert prévu ci-dessus, sont réparties annuellement par la Caisse nationale des industries électriques et gazières entre les autres employeurs du régime au prorata de leur masse salariale dans la limite d'un plafond tenant compte de leurs propres charges de retraites. Un décret définit les modalités de mise en oeuvre du présent IV. Les entreprises relevant de la branche des industries électriques et gazières informent annuellement la Caisse nationale des industries électriques et gazières des mesures qu'elles mettent en oeuvre pour assurer le financement des droits spécifiques définis au I de l'article 17 constitués à compter du 1er janvier 2005	par un conseil d'administration comprenant pour moitié des représentants des salariés désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche des industries électriques et gazières, pour moitié des représentants des employeurs désignés par les fédérations représentatives des employeurs de la branche des industries électriques et gazières, selon des modalités définies par décret. Les membres du conseil d'administration sont choisis dans le respect des dispositions de l'article des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 du code de la sécurité sociale. Le conseil d'administration de la caisse est consulté sur les projets de dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences directes sur l'équilibre financier du régime ou entrant dans son domaine de compétences. Il rend un avis motivé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa. La Caisse nationale des industries électriques et gazières gère cinq sections relatives respectivement à l'assurance vieillesse, à l'invalidité, au décès, aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la gestion administrative. Chaque section fait l'objet d'une comptabilité distincte et est équilibrée. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse et notamment les modalités d'exercice de la tutelle, d'élection du président du conseil d'administration ainsi que de désignation du directeur et de l'agent comptable. Le personnel de la Caisse nationale des industries électriques et gazières relève du statut national du personnel des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. II.-Les personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières sont, à compter du 1er janvier 2005, affiliés de plein droit, pour les risques mentionnés au présent article, à la Caisse nationale des industries électriques et gazières. La caisse leur verse les prestations en espèces correspondantes. III.-(Abrogé) IV.-En cas de défaillance d'un employeur du régime des industries électriques et gazières, le bénéfice des contrats d'assurance de groupe qu'il a souscrits pour financer le service des prestations d'assurance vieillesse correspondant aux périodes validées par ses personnels salariés et retraités et par ses anciens salariés dont le statut est fixé par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée est transféré de plein droit à la Caisse nationale des industries électriques et gazières. Les charges correspondant aux droits spécifiques définis au I de l'article 17 et non financés par la contribution tarifaire prévue à l'article 18, restant non couvertes malgré le transfert prévu ci-dessus, sont réparties annuellement par la Caisse nationale des industries électriques et gazières entre les autres employeurs du régime au prorata de leur masse salariale dans la limite d'un plafond tenant compte de leurs propres charges de retraites. Un décret définit les modalités de mise en œuvre du présent IV. Les entreprises relevant de la branche des industries électriques et gazières informent annuellement la Caisse nationale des industries électriques et gazières des mesures qu'elles mettent en œuvre pour assurer le financement des droits spécifiques définis au I de l'article 17 constitués à compter du 1er janvier 2005
Article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relatif au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières avant modification	**Article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relatif au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières après modification**

I.- Il est institué au profit de la Caisse nationale des industries électriques et gazières une contribution tarifaire sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel qui assure le financement : - des droits spécifiques définis au 1° du II de l'article 17 à l'exclusion des évolutions postérieures au 31 décembre 2004 ayant pour effet d'augmenter le montant de ces droits et résultant de changements dans la classification du personnel ou dans la réglementation relative à l'assurance vieillesse du régime des industries électriques et gazières, du régime général et des régimes complémentaires. Les augmentations de droits qui sont ainsi exclues sont constituées par le solde résultant de l'ensemble des évolutions de classification ainsi que par le solde résultant de l'ensemble des changements de réglementation intervenant dans chacun des régimes ; - le cas échéant, des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires définies à l'article 19 afférentes aux activités de transport et de distribution à l'exclusion de celles destinées à financer les charges de trésorerie, aux activités qui leur sont rattachées dans les comptes séparés établis en application des articles 25 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée et 8 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée, ainsi qu'aux activités de gestion des missions de service public dont les charges sont compensées en application de l'article 5 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée. Les prestations de transport d'électricité et de gaz naturel en provenance d'un Etat autre que la France et destinées à un consommateur raccordé à un réseau situé dans un autre Etat ne sont pas assujetties à cette contribution tarifaire. II.- Cette contribution tarifaire est due : 1° Pour l'électricité : a) Par les gestionnaires des réseaux publics de transport ou de distribution qui la perçoivent, en addition du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution, prévu à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition de leur prix de vente auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, lorsque ces fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux en application du septième alinéa de l'article 23 de la même loi pour alimenter ces consommateurs ; c) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition des tarifs réglementés de vente mentionnés à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs non éligibles et des consommateurs éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la même loi ; 2° Pour le gaz naturel : a) Par les gestionnaires des réseaux de transport ou de distribution qui la perçoivent en addition des tarifs d'utilisation des réseaux mentionnés à l'article 7 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée auprès des consommateurs finals éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs qui la perçoivent en addition de leur prix de vente, auprès des clients éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier	I.- Il est institué au profit de la Caisse nationale des industries électriques et gazières une contribution tarifaire sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel qui assure le financement : - des droits spécifiques définis au 1° du II de l'article 17 à l'exclusion des évolutions postérieures au 31 décembre 2004 ayant pour effet d'augmenter le montant de ces droits et résultant de changements dans la classification du personnel ou dans la réglementation relative à l'assurance vieillesse du régime des industries électriques et gazières, du régime général et des régimes complémentaires. Les augmentations de droits qui sont ainsi exclues sont constituées par le solde résultant de l'ensemble des évolutions de classification ainsi que par le solde résultant de l'ensemble des changements de réglementation intervenant dans chacun des régimes ; - le cas échéant, des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires définies à l'article 19 afférentes aux activités de transport et de distribution à l'exclusion de celles destinées à financer les charges de trésorerie, aux activités qui leur sont rattachées dans les comptes séparés établis en application des articles 25 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée et 8 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée, ainsi qu'aux activités de gestion des missions de service public dont les charges sont compensées en application de l'article 5 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée. Les prestations de transport d'électricité et de gaz naturel en provenance d'un Etat autre que la France et destinées à un consommateur raccordé à un réseau situé dans un autre Etat ne sont pas assujetties à cette contribution tarifaire. II.- Cette contribution tarifaire est due : 1° Pour l'électricité : a) Par les gestionnaires des réseaux publics de transport ou de distribution qui la perçoivent, en addition du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution, prévu à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition de leur prix de vente auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, lorsque ces fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux en application du septième alinéa de l'article 23 de la même loi pour alimenter ces consommateurs ; c) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition des tarifs réglementés de vente mentionnés à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs non éligibles et des consommateurs éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la même loi ; 2° Pour le gaz naturel : a) Par les gestionnaires des réseaux de transport ou de distribution qui la perçoivent en addition des tarifs d'utilisation des réseaux mentionnés à l'article 7 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée auprès des consommateurs finals éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs qui la perçoivent en addition de leur prix de vente, auprès des clients éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier

2003 précitée qu'ils alimentent, lorsque les fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux pour alimenter ces clients ; c) Par les fournisseurs qui la perçoivent, en addition des tarifs réglementés de vente, auprès des consommateurs finals non éligibles et des consommateurs finals éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée. III.- La contribution tarifaire est assise : 1° Pour l'électricité : - sur la part fixe hors taxes du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution d'électricité lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 1° du II ; - sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans le prix de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 1° du II ; - sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans les tarifs réglementés de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 1° du II ; 2° Pour le gaz naturel : - sur la quote-part hors taxes des tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution, liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 2° du II ; - sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans le prix de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 2° du II ; - sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans les tarifs réglementés de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 2° du II. IV.- La contribution tarifaire est due, à raison des contrats conclus par les personnes mentionnées au II pour la réalisation des prestations mentionnées au I, lors de l'encaissement des acomptes ou du prix par le redevable ou, sur option de ce dernier, au moment du débit ; dans ce cas, elle est due en tout état de cause lors de l'encaissement des acomptes ou du prix s'il précède le débit. V.- Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la Caisse nationale des industries électriques et gazières pour le financement des charges définies au I au titre respectivement des activités de transport d'électricité, de transport de gaz naturel, de distribution d'électricité et de distribution de gaz naturel. Ils sont compris : - entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1° du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ;	2003 précitée qu'ils alimentent, lorsque les fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux pour alimenter ces clients ; c) Par les fournisseurs qui la perçoivent, en addition des tarifs réglementés de vente, auprès des consommateurs finals non éligibles et des consommateurs finals éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée. III.- La contribution tarifaire est assise : 1° Pour l'électricité : - sur la part fixe hors taxes du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution d'électricité lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 1° du II ; - sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans le prix de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 1° du II ; - sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans les tarifs réglementés de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 1° du II ; 2° Pour le gaz naturel : - sur la quote-part hors taxes des tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution, liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 2° du II ; - sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans le prix de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 2° du II ; - sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans les tarifs réglementés de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 2° du II. IV.- La contribution tarifaire est due, à raison des contrats conclus par les personnes mentionnées au II pour la réalisation des prestations mentionnées au I, lors de l'encaissement des acomptes ou du prix par le redevable ou, sur option de ce dernier, au moment du débit ; dans ce cas, elle est due en tout état de cause lors de l'encaissement des acomptes ou du prix s'il précède le débit. **V. – Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie. Ils sont compris :** ~~*V. – Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la Caisse nationale des industries électriques et gazières pour le financement des charges définies au I au titre respectivement des activités de transport d'électricité, de transport de gaz naturel, de distribution d'électricité et de distribution de gaz naturel. Ils sont compris :*~~ - entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1° du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à

- entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2° du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 15 % et 25 % appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel. VI.- La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. La caisse ne peut déléguer le recouvrement ou le contrôle de la contribution. Elle peut obtenir de l'administration des impôts communication d'informations dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Elle tient une comptabilité spécifique au titre de cette contribution. Les fournisseurs non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est habilitée à obtenir de la Commission de régulation de l'énergie tout renseignement nécessaire à l'exécution de ses missions de contrôle et de recouvrement de la contribution tarifaire. Les dirigeants et les agents de la caisse sont astreints au secret professionnel dans les mêmes conditions que les membres et agents de la Commission de régulation de l'énergie. VII.- Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.	50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ; - entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2° du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 15 % et 25 % appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel. VI.- La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. La caisse ne peut déléguer le recouvrement ou le contrôle de la contribution. Elle peut obtenir de l'administration des impôts communication d'informations dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Elle tient une comptabilité spécifique au titre de cette contribution. Les fournisseurs non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est habilitée à obtenir de la Commission de régulation de l'énergie tout renseignement nécessaire à l'exécution de ses missions de contrôle et de recouvrement de la contribution tarifaire. Les dirigeants et les agents de la caisse sont astreints au secret professionnel dans les mêmes conditions que les membres et agents de la Commission de régulation de l'énergie. VII.- Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.
Article L. 4163-21 du code du travail avant modification	**Article L. 4163-21 du code du travail après modification**
Les dépenses engendrées par le compte professionnel de prévention mentionné à l'article L. 4163-1 et sa gestion sont couvertes par les organismes nationaux de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général et celle du régime des salariés agricoles, chacune pour ce qui la concerne. Les modalités de prise en charge des utilisations mentionnées au I de l'article L. 4163-7 sont déterminées par décret.	Les dépenses engendrées par le compte professionnel de prévention mentionné à l'article L. 4163-1 et sa gestion sont couvertes par les organismes nationaux de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général et celle du régime des salariés agricoles, chacune pour ce qui la concerne. **Pour les personnels relevant du statut mentionné à l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz, les personnels relevant du statut particulier mentionné à l'article L. 2142-4-1 du code des transports et les agents titulaires de la Banque de France, ces dépenses sont couvertes par une contribution de leurs employeurs assise sur les revenus d'activité pris en compte dans l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.** Les modalités de prise en charge des utilisations mentionnées au I de l'article L. 4163-7 sont déterminées par décret.

Article 9 – Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux

Article 25 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 avant modification	Article 25 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 après modification
IX.-A compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce régime, de l'arrêt, au 1er janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire. Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes. A défaut de signature de cette convention avant le 1er juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation prévue au présent IX.	~~*IX.-A compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite*~~ du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce régime, de l'arrêt, au 1er janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire. ~~*Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes.*~~ ~~*A défaut de signature de cette convention avant le 1er juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation*~~ prévue au présent IX.
X.-A compter du 1er janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du I de l'article 114 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 2019 sont prises en charge par l'Etat.	X.-A compter du 1er janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du I de l'article 114 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 2019 sont prises en charge par l'Etat.

Article 10 – Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée organise plusieurs transferts financiers entre les branches de la sécurité sociale.

- L'augmentation du transfert de la branche famille à la branche autonomie au titre du financement de l'assurance vieillesse aidants (AVA) pour tenir compte du coût en année pleine de la mesure

L'article 25 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 prévoit la création d'une assurance vieillesse des aidants (AVA) dont le périmètre est élargi aux parents d'un enfant en situation de handicap inférieur à 80% et éligible à un complément de l'AEEH, aux aidants ne cohabitant pas avec la personne aidée et aux aidants n'ayant pas de lien avec la personne aidée. En parallèle, le même article prévoit un transfert à la branche autonomie de la charge de l'AVA au titre des prestations liées à la situation de handicap ou de la perte d'autonomie, à l'exception de l'allocation journalière de présence parentale. Ce transfert était prévu par la LFRSS pour l'exercice 2023 et doit être étendu en PLFSS par le présent article pour les années 2024 et ultérieures. Il se traduit par une diminution de 0,5% de la quote-part de taxe sur les salaires actuellement affectée à la CNAF, au profit de celle affectée à la CNSA, réduisant ainsi les recettes de la branche famille de 92 M€ dès 2024.

- L'augmentation du transfert de la retraite de base des non-salariés agricoles vers la retraite complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles, au titre du financement de l'assouplissement des conditions d'accès à des droits gratuits à la retraite complémentaire agricole, pour tenir compte du coût en année pleine de la mesure

L'article 18 de la LFRSS pour 2023 a assoupli les conditions d'accès aux points gratuits de la retraite complémentaire des non-salariés agricoles. Le même article prévoit le financement de la mesure par un transfert de droits d'accise sur la catégorie fiscale des alcools, de la retraite de base non-salariés agricoles (NSA) vers la retraite complémentaire agricole. Ce transfert ne porte toutefois que sur l'année 2023, la LFRSS ne pouvant comporter que des dispositions relatives à l'année en cours. Le présent article prévoit ainsi le financement de la mesure par un nouveau transfert d'une fraction des droits d'accise de la base vers le régime complémentaire obligatoire, garantissant le financement de la mesure en année pleine à compter de l'année 2024. Il se traduit par une diminution de 1,5% de la quote-part de droits d'accises sur les alcools actuellement affectée au régime de base des non-salariés agricoles et une hausse corollaire de 1,5% pour le RCO correspondant à un montant de 35 M€.

- Le transfert de la branche maladie à la branche vieillesse au titre du réinvestissement dans le système des retraites du rendement généré par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'Etat

Un transfert financier, également prévu par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale, vise à flécher dans le système des retraites le rendement de la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique de l'Etat, conformément au principe selon lequel la totalité des économies engendrées par la récente réforme devaient être consacrées à rééquilibrer le système de retraite. Il s'agit ici d'un transfert par répercussion depuis la branche maladie, par ailleurs affectataire à ce titre d'une fraction de TVA majorée, vers la branche vieillesse. Il était intégré à la trajectoire financière présentée en LFRSS.

- L'affectation à la branche maladie du rendement supplémentaire issu du rehaussement des taxes sur l'utilisation des véhicules de tourisme à des fins économiques

Le projet de loi de finances pour 2024 prévoit le renforcement du caractère incitatif à la transition énergétique de la fiscalité applicable aux véhicules de tourisme des particuliers et des entreprises. Actuellement, le produit des taxes sur l'utilisation des véhicules de tourisme à des fins économiques est affecté en totalité à la branche famille. Le présent article prévoit l'affectation à la branche maladie du produit complémentaire lié au renforcement de ces taxes.

- La mise en conformité avec les règles d'affectation des taxes prévues par la loi organique du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, concernant l'affectation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux fonds de financement de la complémentaire santé solidaire (C2S) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

L'article 2 de la loi organique du 28 décembre 2021 relative aux lois de finances a modifié les modalités d'affectation des impositions de toute nature en conditionnant celle-ci au fait que l'affectataire dispose de la personnalité morale et que la recette affectée ait un lien avec la mission de service public confiée à cette personne. En conséquence, le présent article précise les dispositions concernant l'affectation de TSA aux fonds de financement de la C2S et de l'ASI, fonds sans personnalité morale créés au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie et gérés par elle, afin d'expliciter l'affectation des fractions de TSA concernées à la CNAM, sans modifier les fractions ni les modalités de gestion.

- La mise en cohérence des recettes et dépenses de la CNSA compte-tenu de l'affectation complémentaire à la branche autonomie de 0,15 point de CSG

L'article 3 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit le transfert, à compter du 1er janvier 2024 de 0,15 point de CSG de la CADES à la CNSA. Le présent article tire les conséquences de cette augmentation des recettes en révisant, en vue d'en préserver le niveau, les règles de détermination des concours de l'APA et de de la PCH.

- La révision des modalités de compensation des allègements généraux à l'Unédic

L'Unédic est intégralement compensée par l'ACOSS des pertes de recettes liées à l'application depuis le 1er janvier 2019 de la réduction générale aux contributions patronales d'assurance chômage. En contrepartie, une fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est affectée chaque année par la loi de finances à l'ACOSS. Afin de renforcer le financement des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle le présent article réduit la compensation de l'Unédic au titre des allègements généraux. Le montant de la minoration de la compensation sera déterminé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. La chronique sera conforme à celle communiquée aux partenaires sociaux dans le cadre du document de cadrage des négociations relatives à la convention d'assurance chômage. Pour l'année 2023, ce montant sera fixé à deux milliards d'euros.

b) Autres options possibles

S'agissant des transferts actés par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 14 avril 2023, la mesure proposée ne vise qu'à les prolonger sur les exercices 2024 et suivants en tenant compte de leur effet en année pleine. Aucune autre option n'apparaissait envisageable ou idoine.

En effet, pour la mesure de transfert au titre du financement de l'AVA, un transfert de CSG entre les branches famille et autonomie aurait été plus complexe, sans toutefois apporter plus de lisibilité, car il aurait conduit à une double révision : d'une part sur la taxe sur les salaires pour annuler les effets de leur révision en LFRSS et d'autre part sur la CSG pour intégrer les effets de la mesure en année pleine.

Pour la mesure de transfert de la retraite de base des non-salariés agricoles vers la retraite complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles, les droits de consommation sur l'alcool sont l'unique ressource partagée entre les deux étages et devait donc être privilégiée, en comparaison notamment avec des systèmes plus complexes de facturation ou de transferts de charges.

S'agissant du transfert de la branche maladie à la branche vieillesse au titre du réinvestissement dans le système des retraites du rendement de la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État, la taxe sur les salaires est apparue cohérente pour des raisons de simplicité de mise en œuvre, s'agissant de la seule ressource partagée entre les deux branches.

S'agissant de la révision du calcul des dépenses de la CNSA, ne pas tenir compte de l'affectation d'une fraction importante de CSG nouvelle au profit de la branche, alors qu'il s'agit d'une recette exceptionnelle, aurait conduit à surpondérer certaines dépenses.

S'agissant de l'affectation de la TSA à la CNAM, une autre option aurait consisté à maintenir l'affectation directe de cette recette aux fonds C2S et ASI, gérés par la CNAM. Elle aurait toutefois supposé de qualifier ces deux fonds d'organismes de sécurité sociale pour se conformer à la LOLF. Or, ces deux fonds, créés au sein de la CNAM, ne disposent pas de personnalité morale et ne relèvent pas de la catégorie des organismes de sécurité sociale en tant que tels. Dès lors, la clarification de l'affectation à la CNAM de la TSA, sans effet sur la rétrocession des recettes afférentes aux fonds apparaissait préférable.

Enfin, s'agissant de la révision des modalités de compensation à l'Unédic, une autre option aurait été de supprimer la mission de compensation de l'ACOSS et d'opérer un reversement à l'Unédic par crédits budgétaires. Cette option a toutefois été écartée pour des raisons de simplicité et de cohérence avec les autres dispositifs de compensation des baisses de prélèvements sociaux, dont les allègements généraux.

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

Cette mesure modifie les recettes affectées aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour l'année 2024 et les années ultérieures. Elle trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du b) du 1° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement, et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 au sujet de la mesure et, de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Articles L. 731-3 et L.732-58 du code rural et de la pêche maritime.

Articles L. 131-8 et L. 223-9 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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

Sans objet pour les dispositions financières générales.

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

S'agissant des transferts de taxe sur les salaires :

- Le transfert entre la branche famille et la branche autonomie au titre du financement de l'AVA correspond à 92 M€ en année pleine soit une variation de la fraction de taxe sur les salaires de +0,50% au bénéfice de la branche autonomie ;
- Le transfert entre la branche maladie et la branche vieillesse au titre du gain de la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État correspond à un montant de 194 M€ en 2024. La chronique pour les années suivantes s'établit comme suit : 333M€ en 2025, 408 M€ en 2026 et 520M€ en 2027. Elle a vocation à être totalement compensée par l'affectation de TVA dont procède initialement ce mouvement.

S'agissant de l'affectation des taxes sur l'utilisation des véhicules de tourisme à des fins économiques, la révision opérée vise à flécher les apports en recettes (200 M€) issus de la mesure prévue en loi de finances vers la branche maladie qui en rétrocèdera 100M€ à la branche maladie via une affectation de taxe sur les salaires.

S'agissant de l'affectation au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles, l'augmentation de 1,5% de droits sur les alcools correspond à un montant de 35M€, le coût en année pleine de la mesure s'établissant à 50M€ et 15M€ ayant déjà été affectés en LFRSS.

S'agissant de la mise en cohérence des recettes et dépenses de la CNSA compte-tenu de l'affectation complémentaire à la branche autonomie de 0,15 point de CSG, elle se traduit dans la présentation du tableau ci-dessous des dépenses évitées de

la branche autonomie de l'ordre de 250 M€ en 2024. Ces dépenses étaient toutefois théoriques en lien avec le mode de calcul en vigueur et ne correspondaient donc à aucune nouvelle prestation ou service.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS		+ 609	+755	+ 838	+959
- Maladie		100	100	100	100
- AT-MP					
- Famille		-92	-92	-92	-92
- Vieillesse		+260	+399	+474	+586
- Autonomie		+341	+348	+356	+365
Régime complémentaire agricole (RCO)		+35	+35	+35	+35

S'agissant de l'Unédic, prise isolément, la mesure proposée au présent article a un effet sur les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale dès lors que les écarts entre le coût des allègements généraux pour l'Unédic et le rendement de la TVA affectée à l'ACOSS sont actuellement supportés par les branches du régime général, au prorata de leurs soldes prévisionnels.

En diminuant la compensation des allègements généraux à l'Unédic, la mesure améliore la situation de l'ACOSS, laquelle imputera cette moindre perte sur les comptes des branches à hauteur de leur situation et de leur poids financier. Ainsi, en 2023-2027, le déficit actuellement constaté entre la fraction de TVA affectée et le niveau des allègements généraux actuellement imputé aux branches autonomie, famille et AT-MP serait diminué par l'effet de la minoration croissante de la compensation. Le gain, au lieu d'une perte, qui en résulterait devrait alors mécaniquement s'imputer sur les branches déficitaires conduisant à des améliorations du solde de toutes les branches, d'une part, et à une amélioration globale du solde de la sécurité sociale, d'autre part.

Impacts de la diminution de la compensation sur le solde des branches (en Md€)*	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027*** **
Maladie	1	0,9	0,9	0,8	Nd.
ATMP **	0,4	0,3	0,5	0,4	
Vieillesse	0,3	0,9	1,4	2	
Famille **	0,2	0,2	0,1	0,2	
Autonomie **	0,2	0,1	0,1	0	

* Les montants de réduction de recettes de l'Unédic pris en compte sont ceux de la fourchette basse contenue dans le document de cadrage de la négociation.

** Montants que la CNAM-AT, la CNAF et la CNSA devaient initialement prendre en charge du fait du sous-calibrage de la TVA Acoss.

*** La convention dont le document cadrage prévoit la réduction des recettes de l'Unédic ne couvre pas l'année 2027.

Toutefois, en tenant compte de l'ajustement en PLF pour 2024 de la TVA affectée à l'ACOSS, l'effet sera neutre. Il n'est donc pas combiné aux impacts financiers globaux présentés dans le premier tableau.

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, etc.)

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

L'affectation des recettes aux branches de la sécurité sociale est retracée chaque année dans l'annexe financière (annexe 3) du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.131-8 du code de la sécurité sociale après modification
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 :	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 :
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 :	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 :
-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 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à ~~*53,37 %*~~ **55,57%** ;
-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 16,87 % ;	-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à ~~*16,87 %*~~ **16,36%** ;
-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 25,19 % ;	-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à ~~*25,19 %*~~ **22,99%** ;
-à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 4,57 % ;	-à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à ~~*4,57 %*~~ **5,08%** ;
2° Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1° de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;	**2°** ~~*Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1° de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code*~~ ; Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1° de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté : **a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 24,10 % ;** **b) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 75,90 % ;**
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 :	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 :
a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :	a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :
-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;	-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 ;	-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;
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	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-

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 : -4, 25 % 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 ; -2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ; -1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ; -1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ; -0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ; 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 % ; 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. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ; 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 2,94% ; f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I, aux 1° et 2° du II, aux III et III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ; 3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé : a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ; b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ; c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ; 3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ; b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;	4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de : -4, 25 % 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 ; -2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ; -1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ; -1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ; -0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ; 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 % ; 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. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ; 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 2,94% ; f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I, aux 1° et 2° du II, aux III et III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ; 3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé : a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ; b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ; c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ; 3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ; b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;

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 ; 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 ; 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Le produit de l'accise sur les tabacs mentionnée à l'article L. 314-1 du code des impositions sur les biens et services et perçue en métropole, diminuée du produit perçu en Corse est versé : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ; b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 % 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 la taxe mentionnée au premier alinéa du présent 8° perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté : a) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ; b) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ; c) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux a et b du présent 8° ; 9° Une fraction de 28,48 % 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 : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,30 points ; 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. 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.	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 ; 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 ; 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Le produit de l'accise sur les tabacs mentionnée à l'article L. 314-1 du code des impositions sur les biens et services et perçue en métropole, diminuée du produit perçu en Corse est versé : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ; b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 % 8° Le produit de la taxe mentionnée au premier alinéa du présent 8° perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté **à la Caisse nationale de l'assurance maladie, au titre :** a) **Du financement du** ~~Au~~ fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ; b) **Du financement du** ~~Au~~ fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ; ~~*c) du financement de A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à hauteur du solde du produit résultant des imputations affectations mentionnées aux a et b du présent 8° ;*~~ **c)** A hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux *a* et *b* du 8°, du financement des charges de la branche mentionnée au 1° de l'article L.200-2 ; 9° Une fraction de 28,48 % 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 : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,30 points ; 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. 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.
Article L. 223-9 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 223-9 du code de la sécurité sociale après modification**

I.-Le montant global du concours mentionné au a du 3° de l'article L. 223-8 est limité à 7,70 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 241-6-2. Le montant de la seconde part mentionnée au 2° du I de l'article L. 223-11 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41. II.-Le montant du concours mentionné au b du 3° de l'article L. 223-8 est limité à 2,00 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 241-6-2.	I.-Le montant global du concours mentionné au a du 3° de l'article L. 223-8 est limité à 7,70 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 241-6-2. Le montant de la seconde part mentionnée au 2° du I de l'article L. 223-11 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41. II.-Le montant du concours mentionné au b du 3° de l'article L. 223-8 est limité à ~~2,00 %~~ **1,87%** des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 241-6-2.
Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale après modification**
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :
1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;	1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;
2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;	2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;
3° (Abrogé)	3° (Abrogé)
3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;	3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;
3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;	3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;
3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;	3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;
3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;	3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;
4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ;	4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ;
5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.	5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.
Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes : (1)	Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes : (1)
a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;	a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;

b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;	b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;
c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;	c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;
d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;	d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;
e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;	e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;
f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code.	f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code.
Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1er janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence. (1)	Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1er janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence. (1)
Sans préjudice de l'application des troisième à dixième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.	Sans préjudice de l'application des troisième à dixième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.
Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat.
5° bis De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ;	5° bis De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ;
6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.	6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.
7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du présent code et à l'article L. 6527-1 du code des transports, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 6527-2 du code des transports ;	7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du présent code et à l'article L. 6527-1 du code des transports, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 6527-2 du code des transports ;
7° bis De compenser la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable aux cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a à f de l'article L. 5427-1 du code du travail ;	7° bis De compenser**, dans la limite d'un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget,** la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable aux cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a à f de l'article L. 5427-1 du code du travail ;
8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015,	

pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.	8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.
Article L. 225-6 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 225-6 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel. II.-Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, ainsi que des dispositions des troisième à septième alinéas du 5° du même article L. 225-1-1 est affecté aux branches mentionnées à l'article L. 200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, est affecté à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2.	I.-Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel. II.-Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, ainsi que des dispositions des troisième à septième alinéas du 5° du même article L. 225-1-1 est affecté aux branches mentionnées à l'article L. 200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, est affecté à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. **La répartition entre les recettes affectées aux dépenses de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale prévues respectivement par les dispositions du 7° et du 7° bis de l'article L. 225-1-1 est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en tenant compte du niveau des compensations prévues par ces dispositions.**
Article L. L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime avant modification	**Article L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime après modification**
Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° bis (abrogé) 3° Une fraction égale à 26,02 % du produit de l'accise sur les alcools mentionnée à l'article L. 313-1 du code des impositions sur les biens et services perçue sur les produits relevant de la catégorie fiscale des alcools ainsi que le produit de cette même accise perçue sur les produits relevant des autres catégories fiscales ; 4° (abrogé) 4° bis La part de la contribution prévue à l'article 1613 quater du code général des impôts relative au montant prévu au 1° du II du même article 1613 quater ; 4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;	Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° bis (abrogé) 3° Une fraction égale à ~~26,02 %~~ **24,51%** du produit de l'accise sur les alcools mentionnée à l'article L. 313-1 du code des impositions sur les biens et services perçue sur les produits relevant de la catégorie fiscale des alcools ainsi que le produit de cette même accise perçue sur les produits relevant des autres catégories fiscales ; 4° (abrogé) 4° bis La part de la contribution prévue à l'article 1613 quater du code général des impôts relative au montant prévu au 1° du II du même article 1613 quater ; 4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;

5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ; 6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ; 6° bis (Abrogé) ; 7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ; 8° Toute autre ressource prévue par la loi.	5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ; 6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ; 6° bis (Abrogé) ; 7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ; 8° Toute autre ressource prévue par la loi.
Article L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime avant modification	**Article L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime après modification**
Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : - par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ; - par une fraction, fixée à 27,38 %, du produit de l'accise sur les alcools mentionnée à l'article L. 313-1 du code des impositions sur les biens et services perçue sur les produits relevant de la catégorie fiscale des alcools ; - par les contributions et subventions de l'Etat ; Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après : - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; - les frais de gestion.	Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : - par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ; - par une fraction, fixée à ~~27,38 %~~ **28,89%,** du produit de l'accise sur les alcools mentionnée à l'article L. 313-1 du code des impositions sur les biens et services perçue sur les produits relevant de la catégorie fiscale des alcools ; - par les contributions et subventions de l'Etat ; Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après : - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; - les frais de gestion.
Article 75 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 avant modification	**Article 75 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 après modification**
I.-Après la première phrase du 3° de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « L'équipe propose, selon les besoins de la personne, un temps consacré au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie, dans les limites d'un volume horaire défini par décret. Lorsque la personne accepte d'en bénéficier, le président du conseil départemental augmente le montant du plan d'aide, le cas échéant au delà du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1. » II.-Le premier alinéa du I de l'article L. 223-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° A compter du 1er janvier 2024, le taux : « 7,70 % » est remplacé par le taux : « 7,9 % » ; 2° A compter du 1er janvier 2025, le taux : « 7,9 % » est remplacé par le taux : « 8,1 % » ; 3° A compter du 1er janvier 2026, le taux : « 8,1 % » est	I.-Après la première phrase du 3° de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « L'équipe propose, selon les besoins de la personne, un temps consacré au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie, dans les limites d'un volume horaire défini par décret. Lorsque la personne accepte d'en bénéficier, le président du conseil départemental augmente le montant du plan d'aide, le cas échéant au delà du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1. » ~~*II. Le premier alinéa du I de l'article L. 223-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :*~~ ~~*1° A compter du 1er janvier 2024, le taux : « 7,70 % » est remplacé par le taux : « 7,9 % » ;*~~ ~~*2° A compter du 1er janvier 2025, le taux : « 7,9 % » est remplacé par le taux : « 8,1 % » ;*~~ ~~*3° A compter du 1er janvier 2026, le taux : « 8,1 % » est*~~

remplacé par le taux : « 8,3 % » ; 4° A compter du 1er janvier 2027, le taux : « 8,3 % » est remplacé par le taux : « 8,4 % » ; 5° A compter du 1er janvier 2028, le taux : « 8,4 % » est remplacé par le taux : « 8,6 % ». III.-A.-Les I et II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2024. B.-L'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du I du présent article, s'applique aux plans d'aide mentionnés à l'article L. 232-3 du même code qui sont proposés par l'équipe médico-sociale ou dont la réévaluation est sollicitée par le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie à compter de la date mentionnée au A du présent III. C.-Les présidents de conseils départementaux réévaluent l'ensemble des plans d'aide en cours à la date mentionnée au A afin que l'équipe médico-sociale propose aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie le temps consacré au lien social prévu à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles au plus tard le 31 décembre 2028.	~~*remplacé par le taux : « 8,3 % » ;*~~ ~~*4° A compter du 1er janvier 2027, le taux : « 8,3 % » est remplacé par le taux : « 8,4 % » ;*~~ ~~*5° A compter du 1er janvier 2028, le taux : « 8,4 % » est remplacé par le taux : « 8,6 % ».*~~ II.-Le premier alinéa du I de l'article L. 223-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : **1° A compter du 1er janvier 2024, le taux : « 7,70 % » est remplacé par le taux : « 7,39 % » ;** **2° A compter du 1er janvier 2025, le taux : « 7,39 % » est remplacé par le taux : « 7,57 % » ;** **3° A** compter du 1er janvier 2026, le taux : « 7,57 % » est remplacé par le taux : « 7,75 % » ; **4° A compter du** 1er janvier 2027, le taux : « 7,75 % » est remplacé par le taux : « 7,93 % » ; **5° A compter du 1er janvier 2028, le taux : « 7,93 % » est remplacé par le taux : « 8,10 % ». » III.-A. ~~*Les I et II du présent article*~~ **Le I du présent article et son II, dans sa rédaction issue de la loi n°XX de financement de la sécurité sociale pour 2024**, entrent en vigueur le 1er janvier 2024. B.-L'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du I du présent article, s'applique aux plans d'aide mentionnés à l'article L. 232-3 du même code qui sont proposés par l'équipe médico-sociale ou dont la réévaluation est sollicitée par le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie à compter de la date mentionnée au A du présent III. C.-Les présidents de conseils départementaux réévaluent l'ensemble des plans d'aide en cours à la date mentionnée au A afin que l'équipe médico-sociale propose aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie le temps consacré au lien social prévu à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles au plus tard le 31 décembre 2028.

Article 11 – Simplification des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé

I. Présentation de la mesure

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

a) Présentation du problème à résoudre

- **Retard de déclaration des chiffres d'affaires**

Actuellement, et aux termes de l'article L. 138-15, les entreprises pharmaceutiques déclarent, avant le 1er avril de l'année suivante, leurs chiffres d'affaires concernant les médicaments remboursables auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Une fois l'assiette globale déterminée, le montant de la contribution est calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-12, pour un paiement au 1er novembre suivant. L'originalité de cette contribution tient dans sa structure collective, qui s'articule mal avec une procédure déclarative de chiffre d'affaires. Tout retard ou erreur de déclaration a des conséquences sur l'ensemble du calendrier du dispositif, ce qui rend difficile la prévision avant la fin de l'année des montants dont les entreprises doivent s'acquitter. Toute erreur déclarative individuelle donnant lieu à une correction a un effet sur le montant de la contribution globale et peut fragiliser le recouvrement de la contribution. Ces dernières années, le recouvrement de ces contributions par l'ACOSS soulève régulièrement des difficultés ce qui se traduit par des aménagements de calendrier consentis en raison des retards dans les déclarations des laboratoires ainsi que par des régularisations tardives de déclarations par les laboratoires après qu'une déclaration initiale a été rejetée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) en raison d'une erreur. À titre d'exemple, en 2021, la date limite de déclaration prévue au 1er avril a été repoussée successivement et la date limite de paiement théoriquement prévue au 1er novembre 2022 a été repoussée jusqu'au premier trimestre 2023. De manière à minimiser ces écueils, la LFSS 2023 a introduit un mécanisme de pénalités proportionnelles au chiffre d'affaires pour les entreprises ne déclarant pas dans les temps leurs chiffres d'affaires à l'ACOSS, qui ne suffit pas à résoudre les retards de déclarations de chiffre d'affaires de certains laboratoires.

- **Non alignement des calendriers d'appel**

La clause de sauvegarde portant sur le secteur dispositif médical prévoit que la contribution est due par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er juillet de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et le 1er novembre pour les médicaments.

Les calendriers d'appel des montants dus au titre de la clause diffèrent donc entre le secteur du médicament et du dispositif médical. Dans un souci de clarification et de simplification, un alignement des calendriers d'appel et de versement des contributions fiscales apparait souhaitable.

b) Mesure proposée

- **Rénover l'assiette de régulation de la dépense des médicaments pour gagner en lisibilité et simplification**

Il est proposé d'asseoir désormais le calcul de la clause de sauvegarde applicable au secteur du médicament sur les dépenses effectivement remboursées par l'assurance maladie et non plus sur le chiffre d'affaires déclaré par les industriels. Les données de remboursement étant directement disponibles, auprès de la CNAM et de l'ATIH, contrairement aux chiffres d'affaires, cela permettra de simplifier le dispositif en supprimant la procédure déclarative et de donner davantage de visibilité aux différents acteurs concernés. En particulier, le calcul de l'assiette en montants remboursés résultera de l'exploitation directe des bases de données de l'assurance maladie, comprenant notamment les ventes en officines de ville, en pharmacie des établissements de santé (dites « rétrocessions hospitalières »), les médicaments financés en sus des tarifs hospitaliers (notamment ceux pris en charge au titre de l'accès précoce ou compassionnel), ainsi que les médicaments pris en charge par Santé publique France (SpF)[1]. Il en résultera donc une plus grande fiabilité des données liées aux produits remboursés, qui permettra d'éviter des erreurs de déclaration des laboratoires sur les ventes réalisées en cours d'année.

L'assiette de la contribution sur les dispositifs médicaux, à la différence de celle pour les médicaments, est d'ailleurs déjà déterminée directement sur la base des montants remboursés par l'assurance maladie au cours d'une période déterminée. Cela permet un calendrier de recouvrement indépendant des déclarations individuelles des entreprises, et devrait résoudre une grande partie des difficultés. Les données relatives aux montants remboursés pour le médicament seront désormais transmises directement par la CNAM et l'ATIH à l'ACOSS et au CEPS – comme c'est déjà le cas pour les dispositifs médicaux. Ce changement d'assiette aura donc le grand intérêt de supprimer la procédure de déclaration du chiffre d'affaires par les laboratoires, réduisant significativement leur charge administrative. Elle facilitera également le calcul du rendement de la clause et de sa répartition.

En revanche, le montant M à partir duquel la clause de sauvegarde serait amenée à se déclencher sera recalculé pour garantir une stricte équivalence de rendement, malgré ce changement d'assiette. Celui-ci ne modifiera donc en rien le degré de régulation économique du secteur découlant de l'existence de la clause.

[1] A l'exception des médicaments ou vaccins en lien avec l'épidémie de covid-19 pour l'année 2024.

En revanche, ce changement aura des effets sur la répartition de la contribution entre les entreprises pharmaceutiques. En effet, des écarts peuvent intervenir entre ces deux assiettes (montants remboursés/montant du chiffre d'affaires remboursable), qui résultent principalement :

- du taux de prise en charge par l'assurance maladie : en effet, si les médicaments inscrits sur la liste en sus sont essentiellement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, les médicaments délivrés en ville peuvent être, selon les cas, pris en charge à 15 % (service médical rendu faible), 30 % (service médical rendu modéré), 65 % (service médical rendu important) ou 100 % (cas particulier ou médicaments en rapport avec une affection de longue durée du patient). Au total, seule une part de la dépense totale de médicament est donc remboursée par l'assurance maladie. Ainsi, si le portefeuille de médicaments des laboratoires est majoritairement composé de produits à fort ou faible taux de remboursement, le montant de la contribution appelé variera avec ce changement d'assiette.
- des différences de date entre la vente d'un produit de santé (fait générateur du chiffre d'affaires) et son utilisation (date de soin, fait générateur du remboursement), et par conséquent d'un éventuel effet stock. Ces différences sont neutres sur une période suffisamment longue.

Par ailleurs, cette assiette de dépenses brutes sera minorée *a posteriori* du montant des remises de l'année N.

Compte tenu du changement d'assiette proposé, le barème de calcul du montant de la contribution en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde sera aussi modifié. Dans le cas où les dépenses d'assurance maladie seraient supérieures au seuil de la clause de sauvegarde, le montant total de la contribution correspondrait à 90% du dépassement.

Comme cela est déjà le cas depuis la modification introduite par la LFSS pour 2023 sur proposition des représentants du secteur, le dépassement sera réparti entre laboratoires à 70% au prorata de leur part dans la dépense constatée, et à concurrence de 30 % en fonction de la progression de leur montant remboursé correspondant par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, le plafonnement de la contribution sera désormais réalisé au regard du montant remboursé total attribuable à chaque entreprise pharmaceutique et non plus du chiffre d'affaires. Un maintien du plafonnement au regard du chiffre d'affaires n'est pas souhaitable, car cela conduirait à maintenir l'obligation pour les entreprises de déclarer annuellement leur chiffre d'affaires à l'ACOSS. Les difficultés soulevées actuellement, telles que le risque de retard ou le manquement de la déclaration, ne seraient alors pas résolues. Un passage à un plafonnement de 12% de la contribution due par chaque entreprise au regard de son montant remboursé total par l'assurance maladie permettrait de s'assurer que la capacité contributive d'un laboratoire ne serait pas dépassée.

S'agissant du calendrier de concaténation des données remontées et d'appel, il est prévu que

- La CNAM et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) transféreront à l'ACOSS avant le 15 juillet de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due les données relatives aux montants remboursés bruts correspondants attribuables à chaque entreprise pharmaceutique ;
- Le CEPS transmettra à l'ACOSS, avant le 15 juillet de cette même année, le montant total des remises conventionnelles venant en déduction des montants remboursés bruts au titre de laquelle la contribution est due ;
- L'ACOSS pourra notifier à chaque entreprise avant le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, le montant prévisionnel dont elles devront s'acquitter. La contribution devra alors être réglée avant le 1er novembre.

Enfin, au regard des modifications nécessaires des remontées d'informations dans les bases de l'assurance maladie, **la mise en œuvre sera possible à compter de 2026 pour un appel de la contribution au titre de l'année 2025.**

- **Mettre en cohérence les calendriers relatifs aux appels et recouvrement des clauses de sauvegarde des produits de santé et préciser l'organisme de recouvrement**

Il est proposé d'uniformiser le calendrier et les mécanismes d'appel et de recouvrement de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde par les exploitants de dispositifs médicaux, avec ceux de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde par les laboratoires pharmaceutiques.

Ainsi la notification des organismes en charge du recouvrement aurait lieu le 1er octobre et le versement par l'entreprise redevable devrait être réalisé le 1er novembre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due. Cela conduirait à assouplir le calendrier de quatre mois par rapport à l'existant pour le secteur des dispositifs médicaux.

Par ailleurs, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale sera formellement désignée comme organisme d'appel et de recouvrement de la clause de sauvegarde du secteur des dispositifs médicaux.

- **Fixer les montants de déclenchement des clauses de sauvegarde pour les médicaments et les dispositifs médicaux pour l'année 2024**

Le montant « M » et le montant « Z » au-delà desquels les clauses de sauvegarde médicaments et produits et prestations se déclencheront pour 2024 doivent être fixés. De 2021 à 2023 les montants « M » et « Z » ont été fixés fixée en cohérence avec la trajectoire de l'ONDAM annoncée au CSIS 2021 pour les dépenses de produits de santé.

Le montant M 2024 sera toujours exprimé en chiffre d'affaires déclaré. Ce montant se fonde sur la trajectoire CSIS décidée en 2021 (Annexe 7 du PLFSS 2022), revue à la hausse afin de limiter le rendement de la clause de sauvegarde à un niveau en cohérence avec les objectifs de soutien aux industries de santé portés par le Gouvernement dans ce cadre. Par ailleurs, et pour cette année 2024, les dépenses liées aux achats de Santé Publique France au titre de la covid-19 sont sorties de l'assiette de calcul. Par ailleurs, et pour 2024, le plafonnement de la contribution sera fixé à 10% du chiffre d'affaires remboursable net de remises.

Le montant Z 2024 se fonde sur la dépense nette autorisée votée dans la LFSS pour 2023, à laquelle est appliquée une croissance de 4,5 %. Cela matérialise le soutien que le Gouvernement entend apporter au secteur alors que ce montant avait évolué de +3% en 2022 et 2023 et devait initialement évoluer à la baisse en 2024, les mesures du CSIS ayant porté leurs effets les années précédentes.

Il est donc proposé en conséquence de fixer M à 26,4 Md€, et Z à 2,31 milliards d'euros pour l'année 2024.

c) Autres options possibles

L'assiette de calcul du la clause de sauvegarde du secteur du médicament aurait pu être maintenue en s'appuyant sur les chiffres d'affaires déclarés par les entreprises redevables. Néanmoins le maintien des conditions actuelles de calcul n'aurait pas été satisfaisant au regard des difficultés rencontrées et des aménagements déjà consentis ces dernières années lors du recouvrement réalisé par l'ACOSS. Il ne permettrait pas de simplifier et de fiabiliser ce calcul ni d'alléger les obligations administratives pesant les sur les entreprises du secteur.

Le calendrier actuel aurait pu être maintenu, néanmoins cela n'aurait pas été satisfaisant au regard des contraintes actuelles de mise à disposition des données.

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

La mesure sera de nature à contribuer à la maîtrise de la progression des dépenses d'assurance maladie dans le champ des produits de santé et donc au respect de l'ONDAM pour l'année à venir et les années ultérieures, ce qui conformément aux dispositions du - a) et c) du 1° de l'article LO.111-3-8 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 présente mesure modifie les articles L. 138-10 à L. 138-13 du code de la sécurité sociale ainsi que les articles L. 138-15 et L. 138-20.

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 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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact de cette mesure se fera à rendement constant de la clause de sauvegarde. Cependant, les facilités et la sécurisation du recouvrement permis par cette mesure se traduiront en une meilleure prévisibilité des montants appelés ainsi qu'en une économie de temps pour les administrations et les entreprises, menant donc à des gains indirects.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie	0	0	0	0	0
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

2. Des simulation ont été réalisées sur l'année 2021 avec les données en montant remboursé d'une part et en montant remboursable d'autre part, selon les modalités de répartition de la contribution en vigueur en 2021. Un peu plus de 80% des laboratoires auraient vu leur contribution de 2021 soit diminuer, soit augmenter de moins de 10%. Par ailleurs, pour les quelques laboratoires voyant une augmentation plus importante de la contribution, cette dernière n'aurait pas dépassé une augmentation de plus de 20%.

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

a) impacts économiques

Cette mesure n'a pas vocation à avoir un impact économique sur le rendement global au titre de la clause de sauvegarde pour le secteur du médicament, par rapport à la situation actuelle. Elle n'impactera donc pas les entreprises pharmaceutiques dans leur ensemble. En revanche, elle pourrait avoir un impact sur les entreprises exploitant les médicaments s'agissant de la répartition de la contribution globale entre eux.

L'uniformisation du calendrier du mécanisme d'appel et de recouvrement de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde pour le secteur des dispositifs médicaux sur le secteur du médicament n'a pas vocation à entrainer un impact économique. Au contraire, cela conduira à un assouplissement du calendrier de quatre mois par rapport à l'existant pour le secteur des dispositifs médicaux, et donc à des facilités de trésorerie pour les entreprises concernées.

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 y compris. La mesure envisagée participe à la sécurisation de ce principe.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure n'a pas d'impact particulier sur les jeunes.

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

La mesure n'a pas d'impact particulier sur les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

La mesure n'a pas d'impact particulier sur l'environnement

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

Sans objet.

4. 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 ne modifiera pas, par rapport à la situation actuelle, les démarches ou formalités administratives des assurés en vue du remboursement. Cependant, cette mesure participe à ce que 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

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

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants. La plateforme mise en place par l'ACOSS permettra de rendre opérationnelle la clause spécifique (informations fournies par la CNAM et l'ATIH). La mesure proposée aura un impact pour les URSSAF (ACOSS), l'ATIH, et la CNAM, concernant les nouvelles remontées de données constitutives de la nouvelle assiette proposée dans la présente mesure, ainsi que le calcul des contributions dues le cas échéant.

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.

La mesure sera mise en œuvre après publication de la loi, à compter du 1er janvier 2025 pour un appel l'année suivante.

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 1 : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 138-20 avant modification	**Article L. 138-20 après modification**
Les contributions instituées aux articles L. 138-1, L. 138-10, L. 138-19-1, L. 245-1, L. 245-5-1, et L. 245-6 ainsi que les majorations afférentes sont recouvrées et contrôlées, sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux mêmes articles, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au deuxième alinéa du présent article entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.	Les contributions instituées aux articles L. 138-1, L. 138-10, L. 138-19-1, **L. 138-19-8,** L. 245-1, L. 245-5-1, et L. 245-6 ainsi que les majorations afférentes sont recouvrées et contrôlées, sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux mêmes articles, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au deuxième alinéa du présent article entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.
Article L. 138-19-12 avant modification	**Article L. 138-19-12 après modification**
La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.	La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er ~~*juillet*~~ **novembre** suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Annexe 2 : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L.138-10 avant modification	**Article L.138-10 après modification**
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. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18 , L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 , 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.	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*~~ **Les** entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques **mentionnées au II du présent article sont assujetties à une contribution lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux assurés sociaux 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**~~*, 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. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18 , L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 ~~*du présent code*~~ et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, **ainsi que des marges prévues par les décisions prises sur le fondement de l'article L. 162-38 du présent code et des honoraires de dispensation définis à l'article L. 162-16-1 et des taxes en vigueur,** 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*~~.
II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont : 1° Ceux inscrits sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ; 2° Ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ; 3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ; 4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L.	II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul ~~*des chiffres d'affaires mentionnés*~~ **du montant remboursé par l'assurance maladie mentionné** au I du présent article sont : 1° Ceux inscrits sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ; 2° Ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ; 3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ; **4° Ceux bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ;** ~~*4*~~**5**° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L.

5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ; 5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; 6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.	5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ; ~~5~~**6**° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; ~~6~~**7**° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.
Article L.138-11 avant modification	**Article L.138-11 après modification**
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. 162-17-5, L. 162-18 , L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. 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.	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. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022*~~ **au montant remboursé par l'assurance maladie déterminé dans les conditions prévues au premier alinéa du I de cet article**. **La Caisse nationale d'assurance maladie, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation et l'Agence nationale de santé publique transmettent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les éléments permettant le calcul de cette assiette ainsi que du montant remboursé par l'assurance maladie, déterminé dans les mêmes conditions, pour chaque entreprise mentionnée au I de l'article L. 138-10.** 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*~~ **I de l'article L. 138-10 pour les entreprises redevables**.
Article L.138-12 avant modification	**Article L.138-12 après modification**
Le montant total de la contribution est calculé comme suit :	~~*Le montant total de la contribution est calculé comme suit*~~ **I.– Le montant total de la contribution prévue à l'article L. 138-10 est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M tels que définis au I de cet article.**

CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (CA)	**TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)**
CA supérieur à M et inférieur ou égal à M multiplié par 1,005	50 %
CA supérieur à M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à M multiplié par 1,01	60 %
CA supérieur à M multiplié par 1,01	70 %

La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 70 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires

~~**CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (CA)**~~	~~**TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)**~~
~~*CA supérieur à M et inférieur ou égal à M multiplié par 1,005*~~	~~*50 %*~~
~~*CA supérieur à M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à M multiplié par 1,01*~~	~~*60 %*~~
~~*CA supérieur à M multiplié par 1,01*~~	~~*70 %*~~

II.- ~~*La*~~ **Le montant de la** contribution due par chaque entreprise **mentionnée au I de l'article L. 138-10** ~~*redevable*~~ est déterminé~~*,*~~ **:**

1° A concurrence de 70 %, au prorata ~~*de son chiffre d'affaires*~~ **du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l'assurance maladie défini au premier alinéa du I de l'article L. 138-10 ;** ~~*calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et,*~~

2° à A concurrence de 30 %, en fonction de la progression ~~*de son chiffre d'affaires*~~ **du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue** par rapport à l'année précédente **définie au premier alinéa du I de l'article L. 138-10** .

III.- ~~*Elle*~~ **Le montant de la contribution** est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part ~~*de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires*~~ **mentionnée au 2° du II**, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder ~~*10 %*~~ **12%** ~~*de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique*~~ **du montant**

hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.	**total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue**.
Article L.138-13 avant modification	**Article L.138-13 après modification**
Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, 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 mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, 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.	Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % ~~de leur chiffre d'affaires réalisé~~ **du montant remboursé par l'assurance maladie** 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,~~ **être exonérées** 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 mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, **d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2** ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, 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.
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 95 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.	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 95 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.
Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles 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	Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles 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 au deuxième

contribution est due, le taux mentionné au deuxième alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 95 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa 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. Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article 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 décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, 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.	alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 95 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa 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*~~ **montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite calculé selon les modalités prévues au premier alinéa du I de l'article L. 138-10**. Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article 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 décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, 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.
Article L.138-15 avant modification	**Article L.138-15 après modification**
I. - Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer. Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1.	I. - ~~*Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer.*~~ **Avant le 15 juillet de l'année suivant celle pour laquelle la contribution est due, la Caisse nationale d'assurance maladie, l'agence technique de l'information sur les hospitalisations et l'Agence nationale de santé publique communiquent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que chaque entreprise redevable exploite, importe ou distribue.** Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique ~~*à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées*~~

L'organisme mentionné au premier alinéa du présent I informe sans délai les entreprises redevables concernées des différences signalées par le comité. Les entreprises concernées disposent alors d'un délai de quinze jours pour rectifier, le cas échéant, la déclaration qu'elles ont transmise.	~~*avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique*~~ à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1. ~~*L'organisme mentionné au premier alinéa du présent*~~ **L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale** ~~*informe*~~ **communique** sans délai ~~*les*~~ **aux** entreprises redevables concernées ~~*des différences signalées par le comité*~~ **la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elles exploitent, importent ou distribuent**.
	II. - Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.
II. - Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.	III. - La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.
III. - La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.	IV. - Lorsque l'entreprise redevable méconnaît ~~*la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou*~~ le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour ~~*déclaration*~~ **correction** tardive.
IV. - Lorsque l'entreprise redevable méconnaît la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive. Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.	Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % ~~*du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise*~~ **du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue**, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.

Article 17 – Déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Le Gouvernement a annoncé une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) dans tous les collèges publics relevant du ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et de tous les collèges privés volontaires. Elle concernera tous les élèves de cinquième âgés de 11 à 14 ans.

Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont très fréquentes et hautement transmissibles, essentiellement lors des contacts sexuels. En effet, 80 % de la population a été en contact avec ces virus. Dans la plupart des cas asymptomatiques, ces infections peuvent être à l'origine de lésions précancéreuses et/ou de cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus[1]. La vaccination contre les infections à papillomavirus humains HPV prévient jusqu'à 90 % des infections HPV à l'origine de ces lésions précancéreuses et/ou de ces cancers.

En France, la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) a été recommandée chez les filles en 2007 et chez les garçons en 2021. Elle repose sur un schéma vaccinal à deux doses chez les jeunes de 11 à 14 ans. Un rattrapage, selon un schéma à 3 doses, est possible jusqu'à l'âge de 19 ans. La couverture vaccinale chez les filles a connu récemment une progression notable, grâce notamment à l'extension des obligations vaccinales du nourrisson. La vaccination HPV a par ailleurs été étendue aux garçons en 2021. Ainsi au 31 décembre 2022, la vaccination était de 47,8 % pour 1 dose chez les filles de 15 ans et de 41,5 % pour 2 doses chez les filles de 16 ans, soit une progression de 13 points pour les doses 1 et 2 depuis 2019. La couverture vaccinale chez les garçons est de 12,8 % pour 1 dose chez les garçons de 15 ans. La couverture vaccinale 2 doses à 16 ans est de 8,5 %[2]. La mobilisation doit encore être renforcée pour atteindre l'objectif de couverture vaccinale fixée par la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (80 % de couverture vaccinale en 2030).

La vaccination contre les HPV en milieu scolaire est un des leviers les plus efficaces pour augmenter la couverture vaccinale, comme l'ont démontré les campagnes de vaccination menées au Royaume-Uni, en Suède ou en Australie avec des taux de couverture vaccinale supérieurs à 80 %. En France, des expérimentations régionales[3] de vaccination à l'école ont aussi montré leur efficacité. Outre l'objectif prioritaire de santé publique de lutte contre les cancers, cette intervention en milieu scolaire est aussi une opportunité nouvelle de lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé et de créer des liens plus forts entre établissements scolaires et professionnels de santé du territoire. Cette campagne de vaccination sera organisée sur une année scolaire. Afin de pouvoir réaliser un schéma vaccinal complet avec 2 doses de vaccins à 6 mois d'intervalle, la première dose sera ainsi proposée pour la première édition de la campagne en fin d'année 2023 et la seconde dose au printemps 2024.

Cette campagne de vaccination sera pilotée par les ARS en lien avec les rectorats et s'appuie sur les centres de vaccination ou toute autre structure de prévention (CEGGID, CLAT…) habilitée à vacciner. Ces centres et structures mettront en œuvre cette campagne (planning des vaccinations, séances de vaccination dans les collèges, achat des doses de vaccins).

Toutefois, les centres et structures ne disposent pas d'effectifs de professionnels de santé suffisants pour réaliser l'ensemble des vaccinations dans les collèges. C'est pourquoi une mobilisation des professionnels de santé libéraux, des professionnels exerçant en centre de santé ainsi que les professionnels retraités et les étudiants *via* des vacations payées directement par l'assurance maladie est nécessaire. La fixation des tarifs des vacations pour ces professionnels de santé par arrêté ministériel par dérogation au champ conventionnel nécessite une mesure législative.

Par ailleurs, cette vaccination sera prise en charge intégralement par l'assurance maladie pour tous les collégiens. Si le code de la santé publique prévoit déjà la gratuité des vaccinations réalisées par les centres de vaccination (qui se traduit dans les faits par un financement *via* le fonds d'intervention régional), cette modalité n'est pas adaptée dans le cadre du déploiement de la campagne nationale de vaccination HPV. En effet, l'ampleur de cette campagne et ses modalités d'organisation diffèrent des missions classiques des centres de vaccinations. Afin de garantir la prise en charge intégrale du coût des vaccins, il est ainsi proposé de prévoir une exonération de participation pour les vaccins administrés spécifiquement dans le cadre de cette campagne, ce qui nécessite une modification de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Enfin, le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de la Caisse nationale d'assurance maladie assure actuellement de façon dérogatoire le financement du ticket modérateur de plusieurs actes, produits ou prestations pour lesquels une exonération n'est pourtant pas prévue par la loi, afin de permettre une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Ces différentes prises en charge du ticket modérateur sont un héritage de situations particulières (fonctionnement par campagne avec invitation et prise en charge spécifique). Afin d'unifier les modalités de prise en charge des différentes campagnes de vaccination et en cohérence avec les modalités retenues pour la campagne nationale HPV, il

[1] On recense, chaque année en France, plus de 30 000 lésions précancéreuses du col de l'utérus dépistées et traitées et 6 400 nouveaux cas de cancers dont 2 900 cancers du col de l'utérus.

[2] Bulletin de santé publique-édition nationale- avril 2023- Santé publique France.

3 Article 60 - LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

est proposé de mettre en place une exonération de participation, ce qui nécessite également une modification de l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale.

b) Mesure proposée

La mesure prévoit les modalités de mise en œuvre de la campagne de vaccination contre le HPV.

Pour ce faire, elle permet la rémunération de professionnels libéraux disposant de la compétence vaccinale (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens), de ceux exerçant en centre de santé, des salariés, des retraités et agents publics ainsi que des étudiants de 3ème cycle en médecine et en pharmacie mobilisés dans le cadre de la campagne nationale de vaccination HPV, directement par l'assurance maladie via des vacations dont les tarifs seront fixés par arrêté.

Afin de permettre la prise en charge intégrale du coût des vaccins par l'assurance maladie au bénéfice de tous les collégiens, la mesure crée une nouvelle exonération de participation à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale pour les vaccins administrés spécifiquement dans le cadre de la campagne.

Enfin, en cohérence avec le schéma mis en place pour la campagne de vaccination HPV, la mesure prévoit de basculer sur le risque maladie la prise en charge du ticket modérateur relatif à la vaccination contre la grippe, pour la population ciblée par les recommandations vaccinales et éligible à la campagne annuelle, et à la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) actuellement assurée par le FNPEIS. Deux exonérations doivent ainsi être créées à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale :

- pour la vaccination antigrippale : le vaccin contre la grippe saisonnière est pris en charge à 100% pour les populations à risque pour lesquelles la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée (personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes de certaines affections de longue durée, etc.) et qui reçoivent chaque année un bon de l'Assurance Maladie. En 2022, la prise en charge du ticket modérateur par le FNPEIS a représenté une dépense de 48,7 M€ ;
- pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) : le FNPEIS permet une prise en charge de ce vaccin à 100 % pour les enfants et les jeunes jusqu'à 17 ans révolus. Le ROR fait partie des 11 vaccins obligatoires depuis le 1er janvier 2018. Ce dispositif a représenté 6,6 M€ de ticket modérateur pris en charge en 2022 par le FNPEIS.

c) Autres options possibles

La prise en charge des tickets modérateurs pour ces situations particulières pourrait être assurée par l'intermédiaire du fonds d'intervention régional pour la vaccination HPV et par l'intermédiaire du FNPEIS pour le vaccin contre la grippe saisonnière et pour le vaccin ROR.

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

La mesure concerne les modalités de paiement des professionnels de santé par l'assurance maladie ainsi que la participation des assurés aux frais de santé et produit des conséquences sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. La rémunération à la vacation ainsi que les exonérations se traduiront par une hausse des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place en la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 cette mesure et de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La mesure implique de modifier l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale ainsi que l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

La mesure implique de créer un article L.162-39 à la fin de la section 8 du chapitre II du titre VI du livre Ier 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 applicable
Mayotte	Mesure applicable (l'article 20-2 de l'ordonnance n°.96-1122 du 20 décembre 1996 dispose que la participation des assurés peut être limitée ou supprimée dans les cas prévus à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale. Une disposition d'application réglementaire sera nécessaire)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable (l'article 9 de l'ordonnance du 26 septembre 1997 prévoit l'applicabilité de l'article L. 160-14 à Saint-Pierre-et-Miquelon)
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Impact financier relatif au déploiement de la campagne de vaccination HPV

Le coût de la rémunération des professionnels de santé à la vacation est estimé à environ 25 M€ en se fondant sur les hypothèses suivantes :

- Des tarifs de rémunération des professionnels de santé, fixés respectivement à 75 €/h pour les médecins, à 48 €/h pour les pharmaciens et les sages-femmes et à 37 €/h pour les infirmiers ;
- Deux journées de vacation avec la présence d'un duo médecin/infirmier dans chacun des 7 000 collèges ;
- Soit un coût total de : (75 € + 37 €) x 8h x 7 000 collèges * 2 = 12,5 M€ pour une injection et de 25 M€ pour une campagne complète (deux injections).

L'exonération de ticket modérateur pour la cible des collégiens à vacciner représente un coût de 21 M€ :

- Une cible de vaccination de l'ensemble des collégiens soit 856 600 élèves avec une chronique de montée en charge pendant les quatre prochaines années ;
- Le coût unitaire des doses de vaccins est de 117 € ;

Article 17 – Déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins

- Le ticket modérateur applicable aux vaccins HPV est de 35 % ;
- Soit un coût total estimé de 117 € * 2 * 428 000 * 35 % = 35 M€ pour une campagne complète (deux injections) la première année.

Impact financier de la bascule des autres tickets modérateurs du FNPEIS vers le risque

Cette bascule est neutre pour les finances de l'assurance maladie. La création des nouvelles exonérations dans la loi représentera une dépense supplémentaire de 55,3 M€ pour l'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM (le FNPEIS n'étant pas dans le champ ONDAM), qui se décompose de la manière suivante :

- le coût de la prise en charge du ticket modérateur de la vaccination antigrippale par le FNPEIS s'élevait à 48,7 M€ en 2022 ;
- le coût de la prise en charge du ticket modérateur de la vaccination ROR par le FNPEIS s'élevait à 6,6 M€ en 2022.

Cette mesure sera neutralisée par un débasage du plafond de dépenses du FNPEIS correspondant aux montants des dépenses dont le financement est transféré sur le risque. Elle se traduira en miroir par une hausse des dépenses dans le champ de l'ONDAM.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		**-60M€**	**-75M€**	**-88M€**	**-88M€**
HPV		-60M€	-75M€	-88M€	-88M€
ROR et grippe					
ONDAM		-55,3M€	-55,3M€	-55,3M€	-55,3M€
Hors ONDAM		+55,3M€	+55,3M€	+55,3M€	+55,3M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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***

Cette mesure de santé publique aura un double impact sur la santé des adolescents. Cette vaccination permettra de prévenir de nombreux cancers urogénitaux ou de la sphère ORL.

- ***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 mesure prévoit la gratuité de la vaccination dans le cadre de la campagne HPV dans les collèges et assure ainsi un égal accès de tous à la vaccination, indépendamment de tout frein financier.

Concernant les autres campagnes vaccinales, elle est sans impact pour les assurés car les actes cités ci-dessus continueront à être intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie. Elle n'entraine pas de formalités ou de démarches supplémentaires pour les assurés.

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

La rémunération des professionnels de santé à la vacation par les CPAM sera organisée dans le cadre des moyens existants. Par ailleurs, cette mesure facilite la gestion budgétaire du FNPEIS par la CNAM.

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.

La présente mesure nécessite :

- Un décret en conseil d'État précisant que la participation des assurés est bien supprimée selon les critères fixés par la loi (modification de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale) ;
- Un décret modifiant le décret n°2004-942 du 3 septembre 2004 portant application de l'ordonnance 2002-411 du 27 mars 2022 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte afin de prévoir que l'exonération de participation s'applique bien sur ce territoire ;
- Un arrêté fixant le montant des rémunérations pour les professionnels de santé participant sous forme de vacation à la campagne nationale de vaccination au collège contre les infections à papillomavirus humains.

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 au 1er janvier 2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Dans le cadre de l'organisation de la campagne de vaccination HPV, une campagne de communication pilotée par l'Institut national du cancer en lien avec la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'enseignement scolaire sera lancée pour promouvoir la vaccination.

Lors du déploiement de la campagne de vaccination dans chaque collège, les parents seront informés de l'organisation de cette campagne. En effet cette vaccination est recommandée mais n'est pas obligatoire et relève d'une démarche volontaire, le recueil de l'autorisation des deux parents sera donc organisé en amont de l'organisation des vaccinations.

Concernant les autres exonérations prévues par la mesure, il n'est pas nécessaire de prévoir des modalités d'information des assurés dans la mesure où le transfert de la prise en charge du ticket modérateur du FNPEIS vers le risque maladie est transparent pour les assurés qui continueront à bénéficier d'une prise en charge intégrale. Les modalités d'organisation des campagnes et d'envoi des invitations ne seront pas modifiées.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le nombre de vaccinations HPV, le nombre d'examens bucco-dentaires réalisés ainsi que le montant des dépenses associé pourront faire l'objet d'un suivi *via* les informations issues du système national des données de santé. Il en est de même pour le nombre de vacations qui seront payées par l'assurance maladie aux professionnels de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.160-14 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale après modification
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 du même 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 : 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 ; 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 ; 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 ; 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies : 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 ; b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; 5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ; 6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de	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 du même article L. 160-13, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : 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 ; 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 ; 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 ; 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies : 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 ; b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; 5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ; 6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 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 ;

maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ; 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 ; 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 ; 12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ; 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 ; 14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ; 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 ; 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ; 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;	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 ; 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 ; 12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ; 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 ; 14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ; 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 ; 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ; 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ; 21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5

21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres 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 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ; 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ; 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 ; 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ; 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; 26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ; 27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ; 28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique. 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. 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 dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.	et L. 162-8-1 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ; 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ; 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 ; 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ; 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; 26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ; 27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ; 28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique ; **29° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre les infections à papillomavirus humains pour les personnes vaccinées dans le cadre des campagnes nationales de vaccination dans les établissements scolaires ;** **30° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la grippe pour les personnes pour lesquelles cette vaccination est recommandée dans le calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique ;** **31° Pour les frais d'acquisition du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, pour les personnes âgées de moins de 18 ans.** 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. 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 dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.

	Article L. 162-39 du code de la sécurité sociale (article nouveau)
	Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-16-1, lorsqu'ils interviennent au sein d'un établissement scolaire dans le cadre d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains organisée par les établissements et organismes désignés par les agences régionales de santé, les professionnels suivants sont rémunérés par un organisme local d'assurance maladie dans des conditions et à hauteur d'un montant forfaitaire fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale : **1° Les médecins, infirmiers diplômés d'État, sage-femmes diplômées d'État et pharmaciens en exercice dans l'un des cadres mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 qui interviennent en dehors de leurs conditions habituelles d'exercice ou en dehors de leur obligation de service, ou retraités ;** **2° Les étudiants en troisième cycle des études de médecine et ceux en troisième cycle des études pharmaceutiques, mentionnés à l'article L. 6153-5 du code de la santé publique.** **II. – Lorsqu'ils ne sont pas affiliés en tant que travailleurs indépendants au titre d'une autre activité, les professionnels mentionnés au I sont affiliés à la sécurité sociale au titre de leur participation à cette campagne dans les conditions suivantes :** **1° Les médecins, salariés ou agents publics, qui participent à la campagne nationale de vaccination en dehors de l'exécution de leur contrat de travail ou de leurs obligations de service, les médecins retraités et les étudiants en médecine sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions applicables aux travailleurs indépendants, ainsi qu'aux régimes prévus aux articles L. 640-1, L. 644-1 et L. 646-1. Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations issues de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global fixé dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2 ;** **2° Les personnes ne relevant pas du 1° du présent II sont affiliées au régime général dans les conditions applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 311-2. Ces personnes sont redevables de cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations perçues diminuées d'un abattement forfaitaire, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 ter du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1er de l'article 50-0 du même code.** **Les cotisations et contributions sociales dues par les professionnels mentionnés au présent II sont précomptées par l'organisme local d'assurance maladie qui les rémunère pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Les dispositions relatives aux garanties et aux sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général leur sont applicables.**

Article 18 – Gratuité des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans sans prescription

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La prise en charge intégrale des préservatifs internes et externes par l'assurance maladie obligatoire vise à prévenir deux problèmes qui touchent particulièrement les jeunes de moins de 26 ans : les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles.

Cette mesure complète et améliore la prise en charge actuelle à hauteur de 60 % des préservatifs inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) sur prescription médicale, décidée en loi de financement pour la sécurité sociale pour 2019.

Elle harmonise ainsi la prise en charge des frais de contraception pour les jeunes de moins de 26 ans en l'étendant aux préservatifs. En effet, la gratuité de la contraception ne concernait depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 que les pilules hormonales de 1ère ou de 2ème génération, l'implant contraceptif hormonal, le stérilet et la contraception d'urgence hormonale.

De nombreuses études ont démontré que les grossesses non désirées sont liées à la prise irrégulière de moyens de contraception. La responsabilité de la contraception incombe dans les faits majoritairement aux femmes, les moyens utilisés relevant essentiellement de méthodes dites féminines (les préservatifs représentent 15 % seulement des méthodes de contraception), alors que les hommes sont tout autant concernés par la prévention des grossesses non désirées. La Haute Autorité de santé a souligné que « *l'implication du partenaire dans le choix de la contraception permet de favoriser l'observance et l'acceptation de la méthode contraceptive* ». Si les préservatifs externes sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, à hauteur de 60 % sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme, seules les jeunes femmes jusqu'à 26 ans bénéficient d'une prise en charge intégrale des frais liés à la contraception (pilules hormonales de 1ère ou de 2ème génération, implant contraceptif hormonal, stérilet, contraception d'urgence hormonale) depuis le 1er janvier 2022. Il est nécessaire d'harmoniser les prises en charge intégrales existantes pour les jeunes de moins de 26 ans, dans une logique de plus grande responsabilisation des jeunes hommes dans la prise en charge de la contraception.

Par ailleurs, les IST représentent un enjeu majeur de santé publique, du fait de leur fréquence, des risques de complications comme une infection génitale haute ou une grossesse extra-utérine, des séquelles comme l'infertilité, et d'un risque majoré de transmission du VIH.

Le nombre de diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* a, à ce titre, fortement augmenté au début des années 2010 et a recommencé à progresser en 2021 (+ 9 % par rapport à 2019). En parallèle, le nombre de découvertes de séropositivité VIH s'est stabilisé en 2021 à 5 013 personnes après une forte diminution entre 2019 et 2020 (- 22 %).[1]

Les jeunes restent particulièrement touchés par les IST qui sont souvent asymptomatiques mais dont les conséquences sont parfois lourdes. Cette situation est la conséquence d'un nombre de partenaires plus important, couplé à une utilisation non systématique du préservatif.

Enfin, la population des jeunes adultes est particulièrement confrontée à la vulnérabilité économique. Ils sont 1,4 million à vivre sous le seuil de pauvreté en 2014 (soit 26 %) et leur taux de chômage est particulièrement élevé. Selon des données de la DREES de 2019, ces jeunes au chômage déclarent globalement un moins bon état de santé que les autres. Par conséquent, si le coût des préservatifs peut sembler modeste (entre 2 € et 5,20 €), il peut toutefois constituer un obstacle pour les jeunes les plus précaires et isolés en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie.

La mesure de gratuité des préservatifs mise en œuvre depuis le 1er janvier 2023 connait un véritable succès auprès des jeunes de moins de 26 ans. D'après les premières données communiquées par la CNAM, de janvier à début juin 2023 (21 semaines), le nombre de préservatifs pris en charge a pratiquement triplé (11,2 millions de préservatifs contre 4,2 millions en 2022 sur la même période). Cette hausse est portée par les moins de 26 ans : leur consommation a été multipliée par cinq (7,8 millions de préservatifs remboursés contre 1,6 millions sur la même période en 2022).

b) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à permettre aux pharmaciens de délivrer des préservatifs externes ou internes intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, avec une dispense d'avance de frais systématique. Par ailleurs, les personnes mineures bénéficieront du secret de la délivrance auprès du pharmacien.

---

[1] Le nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2021 a été estimé à 5 013, nombre stable par rapport à 2020. Cette stabilité fait suite à une forte diminution entre 2019 et 2020 (-22 %), expliquée en partie par la diminution de l'activité de dépistage, mais possiblement aussi par une moindre exposition au VIH liée aux effets du confinement (Source : Santé publique France).

La délivrance sera limitée aux seuls préservatifs inscrits sur la LPP. Les modalités de délivrance des préservatifs et en particulier le nombre maximal de préservatifs délivrés seront déterminés par un décret. A ce stade, deux marques de préservatifs externes ont déjà été inscrites sur la LPP et des demandes d'inscription sont en cours, de la part de nouveaux industriels, tant pour les préservatifs externes qu'internes.

L'objectif est de permettre aux jeunes d'avoir une sexualité responsable qui offre la possibilité de choisir de ne pas concevoir d'enfant et de se protéger contre les IST. Cela suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de protection sûres, efficaces, acceptables et accessibles afin notamment d'éviter des grossesses non désirées et les IST, notamment le VIH.

Cette mesure nécessite de :

- supprimer la participation de l'assuré âgé de moins de 26 ans lors de la distribution des préservatifs externes et internes par les pharmacies d'officine ;
- lever l'obligation de prescription par les médecins et sages-femmes de ce type de dispositifs médicaux pour un remboursement par l'assurance maladie pour les moins de 26 ans.

c) Autres options possibles

Si l'option de rendre possible le remboursement intégral sur prescription a également pour effet de lever l'obstacle du prix, la nécessité de consulter au préalable un médecin ou une sage-femme rend plus difficile l'accès aux préservatifs. En effet, cela nécessite d'anticiper la prise de rendez-vous chez les professionnels de santé et mobilise le temps médical qui peut être consacré ailleurs.

En outre, la gratuité des préservatifs aurait pu être envisagée au-delà de 26 ans, pour les tranches d'âge suivantes. Toutefois, les spécificités des jeunes de moins de 26 ans par rapport aux autres (prévalence des IST par rapport au reste de la population) et la volonté d'aligner cette mesure avec celle relative à la gratuité de la contraception pour les femmes de moins de 26 ans (pilules hormonales de 1ère ou de 2e génération, implant contraceptif hormonal, stérilet, contraception d'urgence hormonale) permettent d'objectiver la différence de situation de cette population par rapport aux classes d'âges suivantes et justifient ce choix

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

La mesure a un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de l'assurance maladie, s'agissant d'une mesure de prise en charge à 100 % par l'AMO. A ce titre, son impact sur l'ONDAM au titre des dépenses de l'année 2023 et des années ultérieures justifie sa place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du b) du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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 et 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

La présente mesure nécessite de :

- modifier l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale pour supprimer la participation des assurées de moins de 26 ans,

- modifier l'article L. 5134-1 du code de la santé publique pour assurer le secret de la délivrance et pour lever la condition de prescription.

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 applicable*
Mayotte	*Mesure applicable avec une disposition d'application réglementaire spécifique*
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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure a été mise en œuvre dès le 1er janvier 2023, par le biais d'une lettre de couverture. Les premières données de bilan fournies par la CNAM montrent le succès du dispositif.

En effet, durant les 21 premières semaines de l'année 2023, les jeunes de moins de 26 ans ont bénéficié de 7,8 millions de préservatifs remboursés (1,543 M€) contre 1,6 million sur la même période en 2022 (0,422 M€). Ainsi, sur les quinze premières semaines de l'année 2023, le coût de la mesure peut être évalué à 1,121 M€. Ramené en année pleine, **ce coût est estimé à 3,886 M€**.

Ce coût peut être amené à évoluer en fonction de plusieurs éléments, notamment :

- Nouveaux industriels sur la LPP qui proposeraient des tarifs différents,
- Variation en fonction de l'époque de l'année.

Il convient de noter que la délivrance directe de préservatifs devrait permettre également une économie qui n'est pas chiffrée d'une partie des IVG, de délivrance des contraceptions d'urgence et des soins liés aux infections sexuellement transmissibles.

Enfin, il est précisé que ce chiffrage n'inclut pas les préservatifs internes, prévus dans le dispositif mais pas encore intégrés à la LPP.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie	- 3,9	- 3,9	- 3,9	- 3,9	- 3,9
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					

- Autonomie					
(Autre : État, 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

La mesure a des impact sociaux en tant qu'elle permet une prise en charge des préservatifs pour tous les assurés de moins de 26 ans – femmes et hommes - qui sont les plus précaires financièrement.

La facilitation de l'accès aux préservatifs permettra de diminuer le nombre de grossesses non désirées (baisse de délivrance des contraceptions d'urgence et des IVG) et des infections sexuellement transmissibles.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure permet de garantir aux jeunes de moins de 26 ans un accès sans reste à charge et sans prescription à la contraception et leur assure une liberté de choix en matière de pratique contraceptive.

Par ailleurs, les jeunes restent particulièrement touchés par les infections sexuellement transmissibles.

- ***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

Cette mesure permet d'harmoniser la prise en charge des moyens de contraception pour les femmes et les hommes. En effet, la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 a étendu la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des frais liés à la contraception (pilules hormonales de 1ère ou de 2e génération, implant contraceptif hormonal, stérilet, contraception d'urgence hormonale) pour les femmes de 18 à 25 ans avec les mêmes tiers-payants systématiques alors que les préservatifs ne sont pris en charge qu'à hauteur de 60 % et sur prescription médicale depuis la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

La responsabilité de la contraception incombe dans les faits majoritairement aux femmes. Les moyens utilisés relèvent essentiellement de méthodes dites « féminines » or les hommes sont également concernés par la prévention des grossesses non désirées. En prenant intégralement en charge les préservatifs, la mesure permettrait d'impliquer tant les hommes que les femmes de moins de 26 ans à la contraception et de les responsabiliser dès qu'ils sont en âge d'avoir les premiers rapports sexuels.

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 dispositif facilite le parcours administratif et médical de la personne. En effet, les assurés de moins de 26 ans seront désormais dispensés de passer par une consultation médicale pour obtenir le remboursement des préservatifs.

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

Le mesure n'a pas d'impact sur les administrations publiques et les caisses de sécurité sociale, qui financent déjà la part prise en charge par l'assurance maladie sur les préservatifs, à savoir 100 % depuis le 1er janvier 2023 et 60 % auparavant.

La gratuité de l'accès aux préservatifs des assurés de moins de 26 ans peut être mise en œuvre sans délai.

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.

Des textes d'application devront être prévus :

- Un décret en Conseil d'Etat visant à modifier l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale, afin de préciser au niveau réglementaire que les préservatifs font l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie : janvier 2024 ;

- Un décret en Conseil d'Etat visant à modifier l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale, afin de supprimer la nécessité d'une prescription médicale par les médecins et sages-femmes pour la délivrance des préservatifs : janvier 2024 ;

- Un décret modifiant le décret n°2004-942 du 3 septembre 2004 portant application de l'ordonnance n°2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte afin de transposer cette mesure à Mayotte : janvier 2024 ;

- Un décret organisant les modalités de délivrance en officine : janvier 2024 ;

- Une mise à jour des arrêtés d'inscription des préservatifs sur la liste des produits et prestations pour supprimer la nécessité d'une prescription médicale par les médecins et sages-femmes pour la délivrance des préservatifs : janvier 2024.

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 assurés de moins de 26 ans bénéficient de cette mesure depuis le 1er janvier 2023. La CNAM utilise un code d'exonération déjà utilisé pour les mineurs pour facturer les frais à l'assurance maladie obligatoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés sont informés par les divers sites d'informations gouvernementaux relatifs à la contraception notamment le site QuestionSexualité de Santé publique France et le site Ameli de l'Assurance maladie.

Des actions de communication pourraient par ailleurs compléter les informations disponibles sur les sites internet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le nombre de boîtes de préservatifs délivrés pourra faire l'objet d'un suivi *via* les informations issues du système national des données de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5134-1 du code de la santé publique avant modification	Article L. 5134-1 du code de la santé publique après modification
I A.-En application des articles L. 1111-2 et L. 1111-4, toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. La délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, sont protégées par le secret pour les personnes mineures. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, les infirmiers peuvent, en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical, notamment en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale. II.-Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. III.-Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et l'administration de ces médicaments. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.	I A.-En application des articles L. 1111-2 et L. 1111-4, toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs **ainsi que pour la délivrance de préservatifs** aux personnes mineures. La délivrance de contraceptifs **et de préservatifs**, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, sont protégées par le secret pour les personnes mineures. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, les infirmiers peuvent, en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical, notamment en orientant l'élève vers un centre de planification ou d'éducation familiale. II.-Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. III.-Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et l'administration de ces médicaments. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. ~~*IV. Le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, dispensés en officine, accompagnés d'une information écrite, concise et aisément compréhensible mentionnant obligatoirement la*~~

	~~consultation prévue aux articles L. 162-8-1 et L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale et sa prise en charge sans avance de frais, et inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code n'est pas subordonné à leur prescription.~~ **IV. – Lorsqu'ils sont dispensés en officine, le remboursement ou la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des médicaments et dispositifs médicaux suivants ainsi que leur prise en charge sans avance de frais ne sont pas subordonnés à leur prescription :** **« 1° Les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. La délivrance de ces médicaments est accompagnée d'une information écrite, concise et aisément compréhensible mentionnant obligatoirement la consultation prévue aux articles L. 162-8-1 et L. 162-4-5 du même code ;** **« 2° Pour les assurés de moins de 26 ans, les préservatifs inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du même code**.
Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale après modification**
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 du même 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 :	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 du même 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 :
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :	4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :
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 ;	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 ;
b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;	b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;	5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;
6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;	6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ;	12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ;
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 ;	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 ;
14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;	14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;
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 ;	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 ;
16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante	16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante

à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;	à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;
17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;	17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;	20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;
21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres 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 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ;	21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour **les assurés âgés de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres contraceptifs et de préservatifs, les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle, ainsi que, selon des modalités prévues par décret notamment en ce qui concerne le nombre de préservatifs délivrés, les frais d'acquisition de préservatifs inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;**
22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;	22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;
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 ;	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 ;
24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ;	24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ;
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;	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;
26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ;	26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ;

27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ;	27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ;
28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.	28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.
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.	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.
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 dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.	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 dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.

Article 19 – Lutter contre la précarité menstruelle

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La précarité menstruelle est encore une réalité pour un grand nombre de Françaises : d'après un récent sondage, 31% des femmes menstruées de 18 à 50 ans seraient concernées (Opinion Way, 2023). Chez les plus jeunes (18-24 ans), elles seraient même 44% à éprouver des difficultés financières à disposer de suffisamment de protections périodiques. Pour près de la moitié d'entre elles, cette situation est récente, et dans un contexte d'inflation, la situation pourrait encore se dégrader.

D'après une étude de la DREES[1], la population des jeunes adultes de 18 à 24 ans est particulièrement confrontée à la vulnérabilité économique. Ils sont 1,4 million à vivre sous le seuil de pauvreté en 2014 (soit 26%). Entre 18 et 25 ans, le taux de chômage des jeunes est élevé (16% contre 7% pour l'ensemble de la population). Une analyse de la DREES de 2019 indique que ces jeunes au chômage déclarent globalement un moins bon état de santé que les autres. D'après plusieurs enquêtes réalisées par des associations étudiantes[2], la précarité étudiante toucherait encore plus fortement les femmes. Par conséquent, le coût des protections menstruelles (en moyenne 10€ par mois) constitue un obstacle réel pour les jeunes femmes les plus précaires et isolées.

De même, les bénéficiaires de la complémentaires santé solidaire (C2S) disposent de ressources ne leur permettant pas d'assurer chaque mois l'achat de protections jetables, le plafond mensuel de la C2S payante s'élevant à 798 euros par mois pour une personne seule. La précarité amène parfois certaines femmes à prendre des risques pour leur santé, en portant leurs protections plus longtemps que ce qui est recommandé. Or, conserver sur soi une protection périodique trop longtemps, pour en utiliser le moins possible, notamment les tampons et les coupes menstruelles qui engendrent une stagnation du sang dans le vagin, peut mener au syndrome du choc toxique. Ce dernier touche surtout les jeunes filles, avec un pic autour de l'âge de 15 ans[3].

De plus, la majorité des protections hygiéniques utilisées sont des protections jetables, qui sont source de pollution environnementale (on estime à 2 milliards le nombre de tampons et serviettes menstruelles jetables consommés chaque année en France). Le frein pour l'adoption de protections plus respectueuses de l'environnement réside notamment dans leur coût plus élevé à l'achat (en moyenne 25 euros par culotte de règles soit 75€ pour un premier équipement de 3 culottes).

Le 7 mars 2023, la Première Ministre a donc annoncé le remboursement par l'assurance maladie des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans. Cet engagement vient compléter les dispositifs déjà instaurés par le Gouvernement pour lutter contre la précarité menstruelle, tels que le soutien financier aux associations qui agissent en la matière, le financement de protections hygiéniques pour les détenues, l'installation de distributeurs au sein des résidences universitaires ou dans des collèges et lycées. Dans un objectif de lutte contre la précarité menstruelle, cet engagement est étendu aux assurées bénéficiaires de la C2S.

Les protections menstruelles n'étant pas reconnues comme des dispositifs médicaux dans les définitions réglementaires européennes et françaises, et leur remboursement n'étant pas prévu par la loi, il apparaît alors nécessaire d'inscrire cette mesure dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin de créer un dispositif dédié de prise en charge.

b) Mesure proposée

La mesure propose de créer un cadre de prise en charge spécifique, par un circuit assurance maladie, des protections périodiques réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la C2S, à partir de 2024.

Le cadre légal proposé permet un remboursement des protections menstruelles réutilisables les plus utilisées, à savoir les culottes menstruelles et les coupes menstruelles (« cups »).

Ce cadre s'appuiera sur un système de référencement de produits proposés sur la base du respect d'un cahier des charges définissant notamment les modalités techniques et exigences attendues. Ce cahier des charges permettra de s'assurer de la qualité des produits pris en charge, en concertation avec les différents acteurs. Des travaux sont en cours pour définir des normes européennes ou françaises sur les protections périodiques (horizon 2026). La mesure permettra d'offrir une diversité de produits pris en charge tout en contrôlant leur qualité, dans un cadre soutenable pour les dépenses publiques. Les critères qui seront retenus dans le cahier des charges, les modalités de sa mise en œuvre ainsi que le prix maximal des produits devront être précisés ultérieurement par voie réglementaire

---

[1] Synthèse Mesurer le niveau de vie et la pauvreté des jeunes adultes de 18 à 24 ans, Les Dossiers de la DREES, Février 2023.

[2] Enquête annuelle de Cop1 sur les étudiantes et étudiants en situation de précarité, Association Cop1, 2022 ; Enquête sur le coût de la vie étudiante, Dossiers de Presses Unef, 17 août 2020.

[3] Billon A, Gustin MP, Tristan A, et al. Association of characteristics of tampon use with menstrual toxic shock syndrome in France. EClinicalMedicine. 2020;21:100308. Published 2020 Mar 10. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100308.

Il est prévu à l'entrée en vigueur de la mesure que la distribution des protections hygiéniques féminines concernées s'effectue par l'intermédiaire des pharmaciens d'officine. Des travaux seront par ailleurs engagés pour permettre une modalité de distribution alternative via une plateforme de commande en ligne.

Une participation des assurés est prévue à hauteur de 40 %. Une modification de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est donc nécessaire pour permettre l'application d'un ticket modérateur sur les protections menstruelles réutilisables concernées. Cette participation pourra être prise en charge par les organismes complémentaires sans qu'elle ne soit nécessairement inclue dans les garanties obligatoires des contrats responsables, afin de ne pas modifier l'équilibre global des garanties que ceux-ci doivent d'ores et déjà couvrir.

Les bénéficiaires de la C2S bénéficieront d'une prise en charge à 100%.

L'objectif est une entrée en vigueur effective de la mesure au 1er septembre 2024.

c) Autres options possibles

PARTIE 1 : Prendre en charge les protections menstruelles en les inscrivant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP)

Les protections menstruelles n'étant pas des dispositifs médicaux, ou une autre catégorie définie au L. 165-1 du CSS, et pour lesquels un avis de la Haute Autorité de santé est nécessaire, une prise en charge des protections menstruelles réutilisables au titre de la LPP n'est pas possible.

- Mettre en place un chèque « protections menstruelles »

Cette proposition laisserait à l'assurée le libre choix de ses protections et éviterait la mise en place d'un cahier des charges et d'un référencement des produits.

Cependant, il est impossible de s'assurer que les protections achetées seraient des produits de qualité, réutilisables, qui ne présentent pas de risque sanitaire. En l'absence d'un contrôle sur le type de produits délivrés, les bénéficiaires ou encore la quantité délivrée, le risque de fraude serait plus important.

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

La mesure a un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoire de l'assurance maladie, dont le financement principal sera assuré par l'AMO. A ce titre, son impact sur l'ONDAM au titre des dépenses de l'année 2024 et des années ultérieures justifie sa place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du b) du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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 et 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

La présente mesure nécessite de :

- créer une base légale pour assurer une prise en charge des protections menstruelles par l'assurance maladie obligatoire,

- modifier l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale pour prévoir une participation de l'assurée et l'article L. 871-1 pour préciser que cette participation n'est pas forcément couverte par les contrats responsables.

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 directement applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Du fait d'un effet d'amorçage pour toutes les femmes éligibles (de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la C2S), l'impact financier attendu sera plus fort sur les deux premières années. Le coût de la mesure pour l'Assurance Maladie obligatoire est ainsi estimé à 94M€ pour l'année 2024 (avec une date d'entrée en vigueur au 1er septembre 2024), et à 97M€ en 2025.

Pour les années suivantes, l'impact financier devrait s'élever à 53M€ en 2026 et à 56M€ en 2027, liés à l'évolution du taux de recours, la population nouvellement réglée et le renouvellement des produits.

1/ Chiffrage de l'impact financier sur la première année de mise en œuvre du dispositif

D'après les dernières données démographiques de l'INSEE et les paramètres physiologiques suivants : âge médian des premières règles à 13 ans (Ined), 7% des jeunes filles ont leurs premières règles avant 11 ans et 25% à 12 ans et moins (Santé Publique France), le nombre estimé de femmes bénéficiaires de la C2S compris entre 26 et 59 ans (1,6 M), le nombre estimé de potentielles bénéficiaires serait de 6,7 M en 2024.

Parmi les différentes protections réutilisables, les plus largement utilisées sont les culottes de règles. Elles représentent déjà près de la moitié des protections réutilisables et leur consommation est amenée à augmenter très fortement avec ce dispositif de prise en charge, d'après un sondage de l'Ifop « 70% des femmes seraient disposées à changer de protection pour une culotte de règles ».

9% des femmes utilisent aujourd'hui une coupe menstruelle ou « cup » mais d'après le sondage précédemment cité, « 60% d'entre elles sont disposées très certainement à utiliser des culottes de règles ». La cup est un dispositif intra-vaginal et comprend donc un risque plus élevé de syndrome du choc toxique. De plus, son utilisation est beaucoup moins plébiscitée par un public jeune.

Au regard de ces éléments, la répartition des produits réutilisables a été estimée comme suit :

- Culottes de règles : 95%
- Cup : 5%

L'hypothèse tarifaire moyenne retenue à titre indicatif pour l'estimation du coût est 19,60€ pour une coupe menstruelle et 30€ pour une culotte de règles. Les conditions tarifaires précises seront déterminées par voie réglementaire.

La mesure prévoit une prise en charge d'un pack de 3 culottes sur la première prise en charge ou de 2 cups puis le renouvellement d'une culotte par an, ou le remboursement d'une cup par an.

D'après un sondage par Opinion Way, 44% des femmes de 18 à 24 ans éprouvent des difficultés financières à disposer de suffisamment de protections périodiques Un taux de recours théorique est donc estimé à 44% lors de la première année. Nous prenons l'hypothèse d'appliquer un taux de recours identique entre bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

La mise en œuvre de la mesure est prévue au 1er septembre 2024, un effet d'amorçage ainsi qu'un effet d'annonce sont anticipés ce qui conduirait à une part de dépense sur les 4 mois de 2024 de l'ordre de 60 % de la dépense estimée sur la première année pleine théorique. Il est possible qu'une partie des bénéficiaires ne s'équipent pas tout de suite en protections menstruelles réutilisables mais décalent leur prise en charge à 2025. Par conséquent sur la fin de l'année 2024 le taux de recours attendu est estimé à 26,5%. Lors de l'année 2025, il devrait atteindre 44% puis augmenter à raison de 3,5% par an sur les années suivantes.

Ainsi le détail du calcul du coût de la mesure (en M€) en 2024 est le suivant :

- Coût des culottes de règles : 6 722 149 *0,95*0,265*3*30,08 = 153 M€
- Coût des cups : 6 722 149 *0,05*0,265*2*19,60 =3,5 M€

➔ Coût de l'ensemble = 156 M€

Dans ce modèle, un ticket modérateur est prévu à hauteur de 40%. L'impact financier global pour l'Assurance Maladie obligatoire serait donc estimé à 93,7M€ pour l'année 2024.

2/ Chiffrage sur les années suivantes

Pour les années suivantes les paramètres sur les prix et les quantités des produits utilisés restent inchangés.

Une hausse du taux de recours de 18% est anticipée en 2025 comme expliqué précédemment, puis de 3,5% par an les années suivantes : il s'agit des femmes qui auraient pu effectuer leur première prise en charge mais qui ont différé dans le temps cette action. Le coût, en M€, découlant de cette croissance du taux de recours est le suivant :

- Pour 2025 : 1 040 278 *3*30,08 + 54 751*2*19,60 = 93,9 + 2,1
- Pour 2026 : 212 354*3*30,08 + 11 177*2*19,60 = 19,2 + 0,4
- Pour 2027 : 212 751*3*30,08 + 11 197*2*19,60 = 19,2 + 0,4

A cela s'ajoute le coût de la première prise en charge des jeunes filles nouvellement réglées :

- Pour 2025 : 176 359*3*30,08 + 9 282*2*19,60 = 15,9 + 0,4
- Pour 2026 : 187 533*3*30,08 + 9 870*2*19,60 = 16,9 + 0,4
- Pour 2027 : 198 660*3*30,08 + 10 456*2*19,60 = 17,9 + 0,4

Enfin, il est nécessaire d'ajouter à l'impact financier les bénéficiaires du dispositif une première fois et qui renouvellent l'un de leur produit comme le prévoit la mesure :

- Pour 2025 : 1 597 537 *30,08 + 63 234 *19,60 = 48,5 + 1,6
- Pour 2026 : 1 679 160 *30,08+ 67 529 *19,60 = 50,5 + 1,7
- Pour 2027 : 1 766 163 *30,08 + 72 109 *19,60 = 53,1 + 1,8

Ainsi, le coût de cette mesure devrait s'élever à 97,2 M€ en 2025 à 53,5M€ en 2026 et à 55,8M€ en 2027.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		-93,7	-97,2	-53,5	-55,8
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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 positif sur les entreprises commercialisant des protections menstruelles réutilisables en leur offrant plus de visibilité. Un nombre important de bénéficiaires qui utilisaient auparavant des produits conventionnels jetables, pourraient se tourner vers des solutions réutilisables.

b) Impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

La précarité menstruelle est une réalité qui touche aujourd'hui 44% des femmes les plus jeunes (18-24 ans). Pour ces jeunes filles, la difficulté ou l'impossibilité d'accéder à des protections périodiques constitue dès lors une inégalité supplémentaire et un frein majeur au maintien de leur bonne santé globale. En proposant la prise en charge des protections menstruelles pour les moins de 26 ans, cette mesure garantit à un public précaire l'accès à des produits respectueux de leur santé et de l'environnement.

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

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Selon Zero Waste France, chaque année plus de 2 milliards de tampons et serviettes menstruelles jetables sont jetés en France. Ainsi, en favorisant l'utilisation de protections menstruelles réutilisables cette mesure contribue à réduire la pollution environnementale.

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

Les dépenses liées aux règles représentent un impact financier supplémentaire dans le budget lié aux biens de première nécessité pour les femmes. Certaines d'entre elles doivent parfois choisir entre l'achat de denrées alimentaires et de protections menstruelles. En prenant en charge les protections périodiques pour les moins de 26 ans et les bénéficiaires de la C2S, cette mesure participe à gommer les inégalités économiques entre les hommes et les femmes.

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, etc.)

La mesure aura des impacts sur les systèmes d'information de l'assurance maladie pour sa mise 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.

Des textes d'application devront être prévus :

- Publication d'un avis de projet présentant les caractéristiques prévues sur le cahier des charges au JO : à la suite de la publication de la LFSS 2024 ;

→Concertations prévues avec les acteurs au cours du second semestre 2023 pour définir le cahier des charges, et les exigences attendues.

- Un décret en Conseil d'Etat définissant les modalités de l'article L. 162-60 et fixant une fourchette de ticket modérateur : 1er semestre 2024 ;

- Un arrêté inscrivant les lignes génériques sur la liste prévue à l'article L. 162-60 : 1er semestre 2024 ;

- Un arrêté fixant le prix maximal de vente des produits pris en charge : 1er semestre 2024.

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 assurés de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la C2S pourront bénéficier de cette mesure à partir du 1er septembre 2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés sont informées par les divers sites d'informations gouvernementaux relatifs aux protections intimes périodiques notamment le site Ameli de l'Assurance maladie (https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/regles-et-protections-intimes).

Des actions de communication pourraient par ailleurs compléter les informations disponibles sur les sites internet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le nombre de bénéficiaires de la mesure ainsi que le nombre de produits distribués pourront faire l'objet d'un suivi.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale après modification
La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre.	La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre. **Elle comporte également la couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la**

	liste prévue à l'article L. 162-59 pour les assurées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1.
Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 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.	I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2°, 8° **et l'avant dernier alinéa de l'article** L. 160-8**,** aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 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.
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.	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.
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.	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.
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 pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1.	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 pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1.

	Article L. 162-59 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des produits de protections périodiques réutilisables est subordonnée à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. **L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa est effectuée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans des conditions permettant l'identification individuelle des produits.** **Cette inscription fait suite à une demande présentée par l'exploitant du produit. Elle est subordonnée à son référencement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon des critères, qu'ils fixent, fondés sur le respect de spécifications techniques et de normes relatives à la composition des produits, sur leur qualité et sur leurs modalités de distribution.** **La décision d'inscription sur la liste peut également tenir compte de l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie, compte tenu des caractéristiques du produit au regard des critères mentionnés à l'alinéa précédent et des conditions économiques du marché des protections hygiéniques réutilisables.** **Les critères de référencement, ainsi que les conditions d'inscription sur la liste, peuvent être adaptées en fonction des catégories de produits.** **Les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de produits pouvant être inscrits sur la liste, les modalités de leur référencement et de leur inscription et le nombre de produits pouvant être délivrés aux assurés, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.**
	Article L. 162-60 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, par arrêté, pour chaque produit inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-59, le tarif servant de base au calcul des prestations prévues au 9° de l'article L. 160-8 ainsi que le prix maximal de vente au public. Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.
	Article L. 162-61 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut à tout moment procéder ou faire procéder sous son autorité, le cas échéant en associant des caisses primaires d'assurance maladie ou des organismes compétents désignés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au contrôle du respect des spécifications techniques et des normes relatives à la composition des produits auxquelles l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-59 est subordonnée. **Dans le cas où un manquement est constaté, la procédure prévue aux II à IV de l'article L. 165-5-1-1 est applicable.**

Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale après modification
Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.	Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.
Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.	Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4. **Pour les prestations mentionnées à l'avant dernier alinéa de l'article L. 160-8, cette prise en charge est facultative.**
Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces	Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise

conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge. Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge. Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 avant modification	**Article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 après modification**
I. - L'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ; 6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ; 7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de travailler ainsi que durant le congé de maternité, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou durant le congé d'adoption ; 7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ;	I. - L'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ; 6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ; 7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de travailler ainsi que durant le congé de maternité, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou durant le congé d'adoption ; 7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ;

7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;	7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;
7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire et d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;	7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire et d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;
7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;	7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;
7° sexies L'attribution au père et, le cas échéant, au conjoint de la mère, à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leur paternité ou de l'accueil de l'enfant ;	7° sexies L'attribution au père et, le cas échéant, au conjoint de la mère, à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leur paternité ou de l'accueil de l'enfant ;
7° septies L'attribution au parent adoptif ou accueillant exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale d'une allocation forfaitaire de repos et d'indemnités journalières forfaitaires ;	7° septies L'attribution au parent adoptif ou accueillant exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale d'une allocation forfaitaire de repos et d'indemnités journalières forfaitaires ;
7° octies L'attribution aux conjoints collaborateurs mentionnés au 1° du I de l'article L. 121-4 du code de commerce d'allocations forfaitaires de repos et d'indemnités complémentaires de remplacement à l'occasion de leur maternité, de leur paternité ou de l'accueil d'un enfant ou d'une adoption ;	7° octies L'attribution aux conjoints collaborateurs mentionnés au 1° du I de l'article L. 121-4 du code de commerce d'allocations forfaitaires de repos et d'indemnités complémentaires de remplacement à l'occasion de leur maternité, de leur paternité ou de l'accueil d'un enfant ou d'une adoption ;
8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;	8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;
9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;	9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;
10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;	10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;
11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;	11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;
12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;	12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;
13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du	13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du

5°, 7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire ; 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale ; 15° L'attribution de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie mentionnée à l'article L. 168-1 du code de la sécurité sociale ; 16° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. II. - Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.	5°, 7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire ; 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale ; 15° L'attribution de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie mentionnée à l'article L. 168-1 du code de la sécurité sociale ; 16° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. **17° La couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale pour les assurées de moins de 26 ans ainsi que les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1.** II. - Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.

Article 20 – Evolution des rendez-vous prévention aux âges clés de la vie

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les rendez-vous de prévention à différents âges clés de la vie ont été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, afin de renforcer la santé des adultes et prévenir les maladies chroniques notamment par la sensibilisation et l'appropriation d'habitudes de vie favorables à la santé.

Ce dispositif poursuit plusieurs objectifs permettant une amélioration de la santé de la population et de l'espérance de vie. Il permettra tout d'abord de diminuer l'impact des maladies chroniques en intensifiant l'éducation à la santé, en luttant contre les principaux facteurs de risque et en augmentant les taux de recours à la vaccination et aux dépistages organisés des cancers. Il permettra également de lutter contre les inégalités sociales de santé en renforçant les actions à destination des personnes les plus fragiles et les plus éloignées du système de santé par la mise en place de démarches d'aller-vers adaptées aux différents publics.

Afin de définir le contenu et le déroulé des rendez-vous de prévention, des concertations avec les différentes parties prenantes du système de santé ont été organisées depuis l'adoption de la précédente loi de financement de la sécurité sociale. Un panel de professionnels et de citoyens appartenant à différentes tranches d'âge a été consulté à plusieurs reprises.

Ces différents travaux ont permis de définir un schéma de déploiement des rendez-vous prévention adapté aux besoins des individus et organisé en plusieurs phases :

- Une invitation des personnes éligibles des rendez-vous de prévention par l'assurance maladie, assortie d'actions d'aller vers à destination des populations les plus vulnérables et les plus éloignées du système de santé ;
- En amont de ce rendez-vous et dans l'objectif de le préparer au mieux, un auto-questionnaire sera mis à la disposition des personnes éligibles. Il permettra de faire un premier bilan sur les habitudes de vie et de bénéficier de conseils pour améliorer la santé ;
- Un temps d'échange avec un professionnel de santé sous la forme d'un entretien motivationnel ayant pour objectif de déterminer les actions concrètes à mettre en place pour améliorer les habitudes de vie et se matérialisant par la co-construction d'un plan personnalisé de prévention ;
- A l'issue de ce rendez-vous, une orientation vers un parcours adapté dit « d'aval » en fonction des besoins identifiés : dépistages, mise en relation avec des associations, des professionnels de santé, applications en ligne…

Ce rendez-vous n'est pas une consultation classique à visée de diagnostic et de soin mais doit permettre d'amorcer un réel virage préventif. Au regard de son contenu non médicalisé et de l'importance de permettre l'accès le plus large possible aux personnes éligibles, ce rendez-vous pourra être réalisé par différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens) dûment formés, et dont le champ de compétences recouvre les thématiques qui seront abordées lors de ces rendez-vous.

Face à la complexité de négocier le contenu et la tarification de ces rendez-vous au sein de chaque convention liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux, il est proposé de recourir à la loi afin de préciser les modalités de rémunération et les conditions de réalisation de ces rendez-vous au regard à la fois de la volonté de pouvoir les déployer rapidement au bénéfice de la population et de l'ambition de proposer un dispositif transverse aux différentes professions. En effet, le calendrier arrêté pour les prochaines discussions conventionnelles avec les différents professionnels de santé susceptibles de réaliser ces rendez-vous ainsi que la clause d'entrée en vigueur au terme de 6 mois pour les mesures ayant un impact financier ne garantissent ni une entrée en vigueur rapide de ces rendez-vous ni une entrée en vigueur simultanée pour l'ensemble des professionnels. La logique mono-professionnelle ne facilite pas non plus une approche transversale des négociations avec les différentes professions, et les rendez-vous de prévention ne relèvent pas du champ des accords interprofessionnels.

Les dispositions du code de la sécurité sociale et notamment ses articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-16-1, disposent que la prise en charge ou le remboursement des actes par l'assurance maladie est subordonné à leur inscription sur une liste et que les modalités de fixation des honoraires et rémunérations des professionnels de santé libéraux conventionnés sont définies par les conventions liant ces professionnels à l'assurance maladie.

Une mesure législative est donc nécessaire afin de déroger à ces dispositions et de permettre la détermination de la liste des professionnels pouvant réaliser ces rendez-vous, des tarifs associés ainsi que des modalités de facturation à l'assurance maladie en dehors du champ conventionnel.

Par ailleurs, la rédaction de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 précise que les conditions dans lesquelles les rendez-vous de prévention peuvent être réalisés par

télémédecine sont définies par décret dans les cas dans lesquels l'assuré est dans l'impossibilité de se rendre physiquement au rendez-vous. Toutefois, la notion de télémédecine ne couvre pas l'ensemble des professionnels de santé puisqu'elle ne concerne que les seuls médecins, sages-femmes et dentistes. Une modification de cet article est donc nécessaire afin d'inclure également la notion de télé-soin qui concerne les auxiliaires médicaux et les pharmaciens.

b) Mesure proposée

La présente mesure prévoit, par dérogation au cadre conventionnel, la détermination par arrêté :

- de la liste des professionnels qui peuvent réaliser les rendez de vous de prévention ;
- du montant des tarifs qui pourront être facturés à l'assurance maladie par les professionnels ;
- des modalités de facturation de ces rendez-vous de prévention.

La mesure précise également que les professionnels effecteurs ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires sur les rendez-vous de prévention.

Enfin, la mesure complète le dispositif législatif existant en précisant que les conditions dans lesquelles les rendez-vous de prévention peuvent être réalisés en télésoins sont précisées par décret, sur le même modèle que ce qui est prévu pour la télémédecine.

c) Autres options possibles

Une autre option possible pourrait être de privilégier, comme les textes le prévoient aujourd'hui, une inscription des rendez-vous de prévention à la nomenclature et une définition des tarifs, conditions de réalisation et de facturation par la voie conventionnelle.

Toutefois, au regard du calendrier des négociations conventionnelles, une telle option ne permettrait pas une entrée en vigueur concomitante des rendez-vous de prévention pour l'ensemble des professionnels de santé effecteurs.

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

La mesure définit les modalités de fixation des tarifs des rendez-vous de prévention ainsi que leurs conditions de facturation et produit donc 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 en loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 1er alinéa de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 cette mesure et de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique

Modification du Code de la Sécurité Sociale, création d'un article L. 162-38-1

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 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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de la mesure est calculé sur la base des hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : le tarif des rendez-vous de prévention est fixé à 30€ quelle que soit la tranche d'âge et quel que soit le professionnel effecteur ;
- Hypothèse 2 : le taux de recours sera de 10% la première année puis de 15% les années suivantes ;
- Hypothèse 3 : les calculs sont réalisés sur la borne basse de la tranche d'âge. Par exemple, pour la tranche d'âge 20-25 ans, le calcul de l'effectif de patients réalisant le rendez-vous avec un taux de recours de 10% est réalisé en se fondant sur l'effectif des personnes ayant 20 ans, le rendez-vous ne pouvant être réalisé qu'une seule fois au cours de la classe d'âge.

Le détail des calculs[1] est présenté ci-dessous :

	Taux de recours de 10%	Tarification du RDV à hauteur de 30€ (10% de recours)	Taux de recours de 15%	Tarification du RDV à 30€ (15% de recours)
20-25 ans	81 550	2 446 488	122 324	3 669 732
40-45 ans	87 222	2 616 663	130 833	3 924 995

[1] Les données sont issues bilan démographique 2022 de l'INSEE : Pyramides des âges – Bilan démographique 2022 | Insee

60-65 ans	85 362	2 560 869	128 043	3 841 304
	Total	**7 624 020**	**Total**	**11 436 030**

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		-7,6	-11,4	-11,4	-11,4
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

L'arrêt de la consommation de produits délétères pour la santé (tabac, alcool…) permet de dégager des marges de manœuvre financières substantielles pour les ménages. La réduction du tabagisme, principalement chez les personnes aux plus faibles revenus, doit être portée comme une mesure en faveur du pouvoir d'achat des ménages : en moyenne, un fumeur consomme 13 cigarettes par jour, soit un coût moyen de 2500 euros/an. La consommation d'alcool en France est responsable annuellement de plus de 41 000 décès évitables (Bonaldi C, 2019) pour un coût social d'environ 118 milliards d'euros par an, soit un coût individuel pour chacun des Français de plus de 1 800 euros ou encore un coût de 30 000 euros par consommateur problématique d'alcool en 2010 (Kopp, 2015; Kopp et Ogrodnik, 2017). En considérant qu'il y a 3,8 millions de consommateurs problématiques d'alcool en France (Kopp, 2015), chacun générerait un coût social de plus de 31 000 euros. Les consommateurs problématiques d'alcool présentent ainsi en raison de leur comportement un coût social très important, proche de celui des usagers de drogues illicites et supérieur à celui des usagers de tabac (ces derniers sont toutefois 3,5 fois plus nombreux).

b) impacts sociaux

La création de ces rendez-vous de prévention et les modalités d'informations des assurés permettront d'améliorer l'accessibilité des assurés aux consultations, dépistages, et examens préventifs. Plus généralement, instituer des rendez-vous de prévention à des âges clés permet d'agir en amont pour lutter contre les facteurs de risque ayant un impact négatif sur la santé.

- ***Impact sur les jeunes***

Les jeunes sont particulièrement concernés par la mise en place des rendez-vous de prévention puisque qu'ils bénéficieront d'un rendez-vous prévention à 20-25 ans, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. De fait, la création de ce rendez-vous permettra d'améliorer l'accessibilité à la santé pour cette catégorie de la population, pour laquelle la promotion de la santé et la prévention des facteurs de risque sont les plus déterminantes.

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

Les personnes en situation de handicap sont particulièrement concernées par cette mesure, dans la mesure où elles sont susceptibles de présenter des facteurs de fragilité supplémentaires. Les rendez-vous de prévention doivent ainsi permettre de s'assurer que ces personnes ont notamment accès aux dépistages des cancers grâce à une information adaptée et aux dispositifs de prévention.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Cette mesure contribue à améliorer l'égalité entre les femmes et les hommes puisque le contenu des consultations, des dépistages, et des examens prévus dans le cadre de ces rendez-vous est adapté au sexe (par exemple, prévention du cancer du sein et du col de l'utérus, contenu adapté aux spécificités de santé des femmes).

Le rendez-vous sera également l'occasion de prévenir les violences sexistes et sexuelles.

Par ailleurs, ce rendez-vous devrait aider les femmes et les hommes à adopter des comportements protecteurs, alors même qu'il existe encore des inégalités entre les femmes et les hommes dans ce domaine (exemple de la pratique de l'activité physique).

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 permettra aux assurés de bénéficier de rendez-vous de prévention intégralement pris en charge par l'assurance maladie. L'information sur l'existence de ces rendez-vous de prévention permettra de faciliter et d'améliorer l'accessibilité des assurés aux consultations, dépistages et examens préventifs dont ils peuvent bénéficier.

La mesure ne crée pas de charges administratives supplémentaires.

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

La mesure sera gérée par les caisses de sécurité sociale dans le cadre des moyens existants.

Elle nécessitera la création de codes actes dédiés dans le système de facturation de la caisse nationale d'assurance maladie ainsi que la mise en place d'un système d'invitation des assurés éligibles par la caisse nationale d'assurance maladie et la caisse de la mutualité sociale agricole.

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

Le budget associé à l'envoi des invitations ainsi qu'à la mise en œuvre de la campagne d'information des assurés a été inscrit dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la CNAM.

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 fera l'objet de plusieurs textes d'application :

- un décret déterminant les cas dans lesquels les rendez-vous de prévention peuvent être réalisés en télémédecine ou en télésoin ;
- un arrêté définissant la liste des professionnels effecteurs, le montant des tarifs des rendez-vous de prévention ainsi que leurs conditions de facturation.

Ces textes seront publiés concomitamment à la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et au plus tard en début d'année 2024.

Des concertations avec les organisations syndicales des professionnels de santé ainsi qu'avec les conseils nationaux professionnels ont été réalisées à l'été 2023.

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 pourra être mise en œuvre dès la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'Assurance Maladie informera les assurés de leur éligibilité aux différents rendez-vous de prévention par l'envoi d'invitations et par la mise en place d'un dispositif de relance pour les assurés n'ayant pas réalisé leur rendez-vous l'année suivant l'envoi de l'invitation.

d) Suivi de la mise en œuvre

Une évaluation de la mise en place et du déploiement des rendez-vous de prévention est prévue dans le cadre du suivi des programmes prioritaires du gouvernement.

Le nombre de rendez-vous effectivement réalisés ainsi que le coût associé pour l'assurance maladie feront l'objet d'un suivi via les données du SNDS. Un suivi particulier du nombre de rendez-vous réalisé par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sera également mis en place.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1411-6-2 du code de la santé publique avant modification	Article L. 1411-6-2 du code de la santé publique après modification
Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale, qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. Ces rendez-vous de prévention doivent aussi être le lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles et des risques liés à la situation de proche aidant. Ils ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle. Ils sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes et la détection des premières fragilités liées à l'âge en vue de prévenir la perte d'autonomie. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de se rendre à un rendez-vous physiquement, la télémédecine peut être utilisée pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention sont définies par voie réglementaire.	Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale, qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. Ces rendez-vous de prévention doivent aussi être le lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles et des risques liés à la situation de proche aidant. Ils ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle. Ils sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes et la détection des premières fragilités liées à l'âge en vue de prévenir la perte d'autonomie. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de se rendre à un rendez-vous physiquement, la télémédecine **ou le télésoin peuvent être utilisés** ~~*peut être utilisée*~~ pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention sont définies par voie réglementaire.
	Création de l'article L. 162-38-1 du code de la sécurité sociale
	Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé définit : **1° la liste des professionnels qui peuvent réaliser les rendez-vous de prévention prévus à l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique ;** **2° le montant des tarifs de ces rendez-vous de prévention, pratiqués et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie ;** **3° les conditions de facturation de ces rendez-vous par les professionnels, notamment les conditions dans lesquelles ces derniers sont autorisés à facturer à l'occasion de la réalisation du rendez-vous de prévention des actes ou des prestations complémentaire.**

Article 21 – Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

L'absence de couverture complémentaire santé impacte très fortement les allocataires de minima sociaux : seulement 83% d'entre eux disposent d'une couverture complémentaire santé en 2018, contre 96% de la population générale. Ils sont donc davantage exposés au renoncement aux soins pour des raisons financières, alors même qu'ils présentent des problèmes de santé plus nombreux que le reste de la population. Par conséquent, des mesures d' « aller vers » ont été mises en place par la LFSS pour 2022 afin de renforcer le recours à la C2S de certains bénéficiaires des minima sociaux (RSA, ASPA).

En dépit de ces réformes, d'autres assurés bénéficiaires de minima sociaux, pourtant en majorité éligibles à la C2S, restent encore insuffisamment couverts par une complémentaire santé.

Il s'agit notamment des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'allocation du Contrat d'engagement jeune (ACEJ).

Concernant les **bénéficiaires de l'AAH, 13 % d'entre eux sont sans couverture complémentaire santé** et supportent en conséquence des **dépenses de soins très élevées** (3 800 € par an en ville, 6 500 € à l'hôpital). Ils sont ainsi exposés à de **forts reste-à-charge** après intervention de l'assurance maladie obligatoire : en moyenne 266 € à l'hôpital (contre 60 € pour le reste de la population) et 281 € en ville (221 € en population générale)[1].

Cette situation peut sans doute s'expliquer par le fait qu'une grande partie d'entre eux est atteinte d'une **« affection longue durée » (ALD)**, qui permet une prise en charge intégrale des frais de santé liés à cette pathologie mais qui ne dispense en réalité pas d'une couverture santé pour les frais de santé sans lien avec l'ALD, le forfait journalier hospitalier, l'offre 100 % santé ou encore certains dispositifs médicaux[2] (dont notamment des fauteuils roulants), que la C2S pourrait prendre en charge. La C2S offre également certains avantages spécifiques très protecteurs pour les assurés : interdiction des dépassements d'honoraires, dispense d'avance de frais *via* le tiers-payant intégral, exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire.

S'agissant des **bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique** (ASS)[3], **19 % d'entre eux sont sans couverture complémentaire santé en 2018,** ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils ne sont **pas concernés par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise** (prévue par l'Accord National Interprofessionnel de 2013, et effective au 1er janvier 2016). En effet, l'absence de complémentaire santé touche fortement les personnes en dehors du marché de l'emploi, en particulier les chômeurs, qui sont plus souvent non-couverts (14,4% au global, dont 15,9% pour les chômeurs de moins d'1 an et 20,3% pour les chômeurs de 1 à 2 ans) que les salariés (2,5% dans le public ; 1,5% dans le privé), les indépendants (5,5%) ou même les retraités (3,7%).

Concernant les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), cette prestation est versée aux personnes percevant une pension d'invalidité et **dont les revenus demeurent modestes**. L'allocation est différentielle : elle complète ainsi les ressources pour atteindre le niveau du plafond[4]. Bien que ces assurés bénéficient d'exonérations du ticket modérateur sur l'ensemble de leurs soins au titre du bénéfice de l'ASI, ceux-ci rencontrent néanmoins des difficultés d'accès aux soins, notamment ceux qui souffrent d'un handicap. Selon l'OMS, une personne handicapée a une probabilité trois fois plus grande de se voir refuser des soins et quatre fois plus grande d'être mal soignée que les autres personnes, alors même qu'elles présentent un risque plus important d'avoir des dépenses de santé très élevées avec des conséquences sociales potentiellement majeures. Les bénéficiaires de l'ASI sont exposés à des niveaux de dépenses très élevés, estimées à 4 700 €[5] en moyenne par an[6]. À cela s'ajoutent aussi des dépenses importantes pour les hospitalisations, soit environ 5 800 € par an. **Pour autant, seuls 14% des pensionnés d'invalidité ont recours à la C2S**.

Enfin, s'agissant des **jeunes engagés dans un Contrat d'engagement jeune (CEJ)**, un récent décret a d'ores et déjà simplifié leur accès à la C2S en excluant l'allocation qui leur est versée (dite « ACEJ ») de la base ressources de la C2S, de façon à ce que la perception de cette allocation ne les rende pas inéligibles au dispositif. Toutefois, ce **public jeune, précaire et**

---

[1] CNAM, données de 2018, issues du Rapport « Charges et Produits » pour 2020.

[2] Inscrits dans l'arrêté du 22 décembre 2022 actualisant la liste des dispositifs médicaux intégralement pris en charge au titre de la C2S.

[3] L'ASS est un minimum social à destination des chômeurs en fin de droit et accessible sous condition de ressources

[4] Depuis le 1er avril 2023, le plafond ressources pour une personne seule est de 860€ pour personne seule et de 1505,01€ pour une personne en couple

[5] Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2020

[6] CNAM, rapport « Charges et Produits » pour 2020

probablement éloigné de la complémentaire santé gagnerait à faire également l'objet d'une mesure d'incitation au recours à la C2S.

Tableau comparatif des plafonds et bases ressources de ces minima sociaux au regard de la C2S (en euros)

Plafonds ressources annuelles / Prestations	C2S		AAH	ASI	ASS	ACEJ
	C2S sans part.	C2S avec part.				
Seul	**9 719**	**13 120**	11 656	10 320	15 266	10 778 pour allocation à taux plein 27 478 pour allocation minoré
Couple	**14 578**	**19 680**	21 098	18 060	23 989	N
Base ressources	**Toutes les ressources (éléments de revenus et prestations sociales perçus) à l'exception des prestations listées à l'art. R. 861-10 CSS**		Revenus imposables	Revenus imposables, pension d'invalidité, AAH, pension vieillesse	Revenus imposables Le montant des revenus d'activité d'une personne sont abattus de 30%, dès lors qu'elle perçoit le chômage indemnisé ou encore l'ASS (art. R. 861-8 CSS). Ainsi pas de difficulté pour passer sous le plafond C2S avec part. pour une personne célibataire sans enfant. En revanche, pour que les couples sans enfant soient éligibles au dispositif de présomption de droit, il faudrait que chaque conjoint perçoive l'une des prestations listées à l'article R. 861-8 CSS, ce dont nous ne pouvons présumer.	Revenus imposables

b) Mesure proposée

Il est proposé de mettre en place une **présomption de droit à la C2S avec participation financière à la majorité des nouveaux bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ sous certaines conditions** (à l'instar de ce qui est prévu pour les demandeurs de l'ASPA), ainsi qu'un **renouvellement automatique** du droit dès lors que leur situation reste inchangée.

En effet, au regard des divergences entre les bases-ressources de la C2S et de celles de l'AAH, de l'ASS et de l'ACEJ, seulement une partie des allocataires de ces trois minima sociaux seraient ciblés, à savoir :

- les nouveaux bénéficiaires de l'AAH à taux plein, seuls, sans enfant à charge et sans activité professionnelle (environ 60% des bénéficiaires de l'AAH) ;
- les nouveaux bénéficiaires de l'ASS seuls et sans enfant à charge (environ 65% des bénéficiaires de l'ASS) ;
- les nouveaux bénéficiaires de l'ACEJ dont le foyer fiscal est non imposable[1] (environ 71% des bénéficiaires d'une allocation CEJ) ;

S'agissant de l'ASI, l'ensemble des nouveaux bénéficiaires de l'ASI, seuls ou en couple, sont concernés.

Ces nouveaux bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ bénéficieraient ainsi d'une présomption de droit à la C2S contributive. S'ils consentent à payer la participation financière (évolutive selon l'âge de l'assuré : 8€ pour les moins de 30 ans, jusqu'à 30€ pour les plus de 69 ans[2]), ils pourront ainsi obtenir la C2S simultanément à leur demande de minima sociaux, et ce sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner leurs ressources au sens de la C2S (à noter que les bénéficiaires de l'ASS ou de l'ACEJ, s'ils pensent être éligibles au volet gratuit de la C2S, conserveront la possibilité de renseigner leurs ressources auprès de leur caisse d'assurance maladie). Cela se **traduira par une simplification conséquente de leurs démarches d'accès à la C2S**, et contribuera à **accroitre leur recours au dispositif**.

Au niveau de la mise en œuvre opérationnelle, un échange d'information entre les institutions gestionnaires des minima (en l'occurrence CNAF, Pôle Emploi, missions locales, CNAV, CCMSA) et les caisses d'assurance maladie obligatoire permettra à ces dernières d'identifier les nouveaux allocataires éligibles à la C2S. La caisse d'assurance maladie obligatoire transmettra ensuite un **courrier à ces nouveaux bénéficiaires**, en leur proposant le bénéfice de la C2S-P (C2S avec participation) sous réserve de retourner un **formulaire de demande simplifié** (**sans examen des ressources**). En opérant une communication directe auprès des éligibles non-recourants, la mesure contribuera à **lever une des barrières d'accès à la C2S**, gage d'augmentation du recours au droit. Par ailleurs, dès lors qu'ils continueront à percevoir le minimum social et sous réserve que les conditions de la présomption du droit sont toujours réunies, les bénéficiaires de l'ASI, de l'AAH, de l'ASS et de l'ACEJ verront leur droit C2S automatiquement reconduit (sauf opposition de leur part). **Les bénéficiaires actuels de ces minima,**

[1] Les mineurs appartenant à un foyer fiscal non imposable sont également concernés par la mesure.

[2] Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé.

remplissant les conditions énoncées, pourront bénéficier de ce dispositif de présomption de droit, dès lors que le formulaire C2S sera actualisé en précisant que l'encart relatif aux ressources n'a pas à être renseigné par eux. A la différence des nouveaux entrants dans ces prestations, ils ne recevront pas de courrier dédié de la part de leur caisse d'assurance maladie. En revanche, une information pourra être insérée sur les sites complementaire-sante-solidaire.gouv.fr, ameli.fr, msa.fr pour signaler leur éligibilité au nouveau dispositif.

En cible, il pourra être envisagé d'intégrer un module relatif à la C2S contributive directement dans les formulaires de demande de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ. Cette évolution demanderait un important travail d'adaptation des systèmes d'informations (et des CERFA) de Pôle Emploi, des missions locales et des caisses de sécurité sociale, mais permettrait de simplifier considérablement le parcours de l'assuré en **combinant les demandes de prestation**.

c) Autres options possibles

Ne pas mettre en œuvre l'attribution simplifiée de la C2S avec participation à ces bénéficiaires de minima sociaux reviendrait à maintenir un important non-recours à la C2S, *a fortiori* s'agissant de personnes moins couvertes que le reste de la population.

Par ailleurs, il pourrait être proposé d'automatiser davantage l'attribution de la C2S à ces assurés en reprenant le modèle existant pour le RSA (attribution automatique), toutefois cette option n'est pas envisageable dans la mesure où ces personnes devront consentir à acquitter la participation financière liée au droit C2S avec participation. On ne peut donc présumer de leur consentement à verser les cotisations afférentes.

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

Cette mesure s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale dans la mesure où elle a un effet sur les dépenses de C2S, qui sont prises en charge par la branche maladie. Elle a par ailleurs un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, en favorisant le recours aux soins du fait d'une amélioration de la couverture complémentaire.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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

Les articles L. 861-2 et L. 861-5 du code de la sécurité sociale seront modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article à abroger.

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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure contribuera à accroitre le recours à la C2S des nouveaux bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ présumés éligibles au volet payant du dispositif compte tenu de leurs ressources.

S'agissant de l'AAH, en considérant que sur les 1 237 800 allocataires de ce minimum, 534 729 perçoivent l'allocation à taux plein et sont seuls, sans enfant à charge et sans activité professionnelle, et en appliquant le taux d'entrée de 9 % par an dans le dispositif, on estime à 48 125 le nombre annuel de nouveaux bénéficiaires de l'AAH éligibles à la C2S[1]. En retranchant ceux d'entre eux qui sont d'ores et déjà bénéficiaires de la C2S (24 %[2]), et en appliquant l'hypothèse d'un taux de recours à la C2S de 20% sur les 76 % restants, **7 315 nouveaux allocataires de l'AAH obtiendraient le bénéfice de la C2S** chaque année sous l'effet de la mesure. Au regard des coûts moyens de la C2S avec participation financière par tranches d'âge, et de la structure d'âge des bénéficiaires de l'AAH, le coût estimé de cette partie de la mesure serait d'environ **3 M€ par an**.

S'agissant de l'ASI, le nombre de bénéficiaires s'inscrit à la marge comparativement aux bénéficiaires de l'AAH et de l'ASS. Ainsi, il est estimé environ 7 330 nouveaux bénéficiaires de l'ASI par an. En appliquant un taux de recours de 14 % des pensionnés d'invalidité à la C2S, 6 304 bénéficiaires, éligibles à la C2S participative n'en disposeraient pas. En appliquant l'hypothèse d'un taux de recours à la C2S de 20 % sur les 86 % restants, **1 261 nouveaux allocataires de l'ASI obtiendraient le bénéfice de la C2S** chaque année sous l'effet de la mesure, pour un coût estimé à **545 500 € par an**.

S'agissant de l'ASS, en considérant que sur les 354 700 allocataires de ce minimum, 230 555 sont seuls et sans enfant à charge, et en appliquant le taux d'entrée de 28 % par an dans le dispositif, on estime à 64 555 le nombre annuel de nouveaux bénéficiaires de l'ASS éligibles à la C2S[3]. En retranchant ceux d'entre eux qui sont d'ores et déjà bénéficiaires de la C2S (36 %), et en appliquant l'hypothèse d'un taux de recours à la C2S de 20 % sur les 64 % restants, **8 263 nouveaux allocataires de l'ASS obtiendraient le bénéfice de la C2S** chaque année sous l'effet de la mesure, pour un coût estimé à **3,73 M€ par an**.

S'agissant de l'ACEJ, 174 288 jeunes sont chaque année bénéficiaires de l'allocation « à taux plein »[4] (soit dont le foyer fiscal est non imposable), et remplissent ainsi la condition d'éligibilité à la C2S. En retranchant ceux d'entre eux d'ores et déjà bénéficiaires de la C2S (56 %, taux de recours national C2S mesuré par la DREES), et en appliquant l'hypothèse d'un taux de recours à la C2S de 20 % sur les 44 % restants, **15 337 jeunes bénéficiaires de l'ACEJ obtiendrait la C2S** chaque année sous l'effet de la mesure, pour un coût estimé à **3,44 M€ d'euros par an**[5].

En définitive, le coût total de la mesure pour la sécurité sociale s'élèverait à **10,72 M€ par an à l'horizon 2027**, avec une montée en charge progressive à partir du 2ème semestre 2024, en raison de l'entrée en vigueur différée de la mesure notamment pour le volet ASS-ACEJ.

---

[1] Estimation DSS sur données DREES - Minima sociaux et prestations sociales – « L'allocation aux adultes handicapés » - édition 2022.

[2] Pour les taux de recours à la C2S des bénéficiaires de l'AAH et de l'ASS, voir DREES- juin 2022 – Etudes et résultats – « Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de couverture complémentaire ».

[3] Estimation DSS sur données DREES – Minima sociaux et prestations sociales – « L'allocation de solidarité spécifique » - édition 2022.

[4] Données DGEFP – Pôle Emploi sur 2022.

[5] Les coûts indiqués pour l'ACEJ et l'ASS sont des minorants : on considère que les allocataires de ces deux minima sociaux se dirigeront tous vers la C2S contributive, or ils pourront aussi, pour certains d'entre eux, demander la C2S sans participation. Toutefois, il n'est pas possible d'estimer la proportion de bénéficiaires de l'ACEJ à qui la C2S sans participation serait attribuée et ainsi de déterminer le montant de cotisations qui ne serait pas perçu pour calculer le coût de la mesure.

Ainsi, la mise en œuvre de la mesure débuterait en 2024 pour les bénéficiaires de l'ASI (coût à hauteur de 272 750 € pour une demi-année), se poursuivrait en 2025 avec les bénéficiaires de l'AAH (coût à hauteur de 2,05 M€ en 2025 correspondant à une année complète s'agissant des bénéficiaires de l'ASI et une demi-année pour les bénéficiaires de l'AAH) et enfin s'ajouteraient en 2026 les bénéficiaires de l'ASS et de l'ACEJ (coût pour une demi-année 3,58 M€ du volet ASS/ACEJ et coût pour une année complète pour le volet ASI/AAH 3,55 M€, soit 7,13 M€).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie Attribution simplifiée de la C2S aux nouveaux bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ		-0,273	-2,05	-7,13	-10,72
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

En offrant à différents publics en situation de précarité une couverture à moindre coût, cette mesure sera un gage d'**amélioration du pouvoir d'achat**, dans un contexte d'inflation et de renchérissement des tarifs des contrats de complémentaire santé.

b) impacts sociaux

Les bénéficiaires de minima sociaux sont fortement exposés au renoncement aux soins pour des raisons financières, alors même qu'ils présentent des problèmes de santé plus nombreux que le reste de la population. Ainsi, cette mesure contribuerait à accroitre le recours à la C2S des nouveaux bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ. Le taux de couverture complémentaire santé de ces publics augmenterait en conséquence, ce qui **diminuera leur renoncement aux soins**. Grâce à la C2S, ils auront en effet accès à la prise en charge intégrale d'un large panier de soins, sans reste-à-charge (tiers payant intégral et interdiction des dépassements d'honoraires pour les professionnels de santé).

- ***Impact sur les jeunes***

Les jeunes de 16 à 25 ans[1] ni en emploi ni en formation, engagés dans un contrat d'engagement jeune (CEJ) auprès de Pôle Emploi (ou d'une mission locale), et éligibles à ce titre à une allocation CEJ « à taux plein », sont dans une situation économique précaire et vivent sous le seuil de pauvreté[2]. En facilitant leur accès à la C2S, cette mesure leur permettra d'obtenir une couverture complémentaire santé à coût réduit (voire gratuite), de prévenir leur renoncement aux soins, et d'améliorer leur niveau de vie.

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

Alors même qu'elles présentent un risque important d'avoir des dépenses de soins très élevées, les personnes en situation de handicap sont moins bien soignées que la population générale et plus souvent exposées à des refus de soins. La facilitation de l'accès à la C2S avec participation pour les allocataires de l'AAH et les bénéficiaires de l'ASI notamment, dont l'état de santé est fortement dégradé, permettra ainsi un meilleur accès à la santé des personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

[1] Jusque 29 ans pour les personnes en situation de handicap.

[2] Les jeunes éligibles à l'ACEJ à taux plein ont des ressources inférieures à 10 778€ par an (pour une personne seule), soit 898€ par mois, en-deçà du seuil de pauvreté monétaire s'élevant à 1 102 € par mois en 2019 (INSEE).

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

Les femmes constituent une part importante des allocataires des quatre minima auxquels sera étendue la présomption de C2S-payante. Or, les femmes étant davantage exposées que les hommes à la précarité économique et aux inégalités sociales de santé, cette mesure améliorera leur taux de couverture complémentaire santé et renforcera leur accès aux soins.

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

Grâce à cette mesure de simplification de l'accès à la C2S des nouveaux bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ, les caisses d'assurance maladie obligatoire pourront identifier automatiquement des assurés éligibles à la C2S et leur proposer le bénéfice du dispositif simultanément à leur demande de minima, sans examiner leurs ressources. Les allocataires de ces quatre minima sociaux verront ainsi leur démarche d'obtention de la C2S fortement simplifiée.

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

La simplification de l'accès à la C2S des bénéficiaires de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI et de l'ACEJ nécessitera des aménagements importants des systèmes d'informations (SI) de la CNAM, de la CCMSA, de la CNAF, de la CNAV, de Pôle Emploi et des missions locales, particulièrement en termes d'échanges d'informations entre caisses et institutions.

Pour l'ASS et l'ACEJ, l'entrée en vigueur de la mesure sera différée au 1er juillet 2026, en raison des flux d'information à construire entre Pôle Emploi, les missions locales et le réseau de l'Assurance maladie, trois institutions aujourd'hui faiblement reliées d'un point de vue SI. En revanche, s'agissant de l'AAH et de l'ASI, les travaux informatiques à mener étant moindre que pour l'ASS et l'ACEJ, la mesure pourra entrer en vigueur au 1er juillet 2024 pour l'ASI et au 1er juillet 2025 pour l'AAH.

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.

Des décrets en Conseil d'Etat seront nécessaires pour préciser les modalités d'application de la mesure, tant sur l'attribution simplifiée de la C2S aux nouveaux entrants dans les minima (R. 861-11 du code de la sécurité sociale) que sur la reconduction automatique du droit dès lors que la situation est inchangée (R. 861-18 du code de la sécurité sociale). L'élaboration de ces textes associera les caisses de sécurité sociale concernées par la mesure, Pôle Emploi et les missions locales.

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

Comme évoqué plus haut, et sous réserve des délais imputés aux développements des systèmes d'information à mener, la mesure sera effective dès le 1er juillet 2024 s'agissant de l'ASI et dès le 1er juillet 2025 s'agissant de l'AAH.

Néanmoins, concernant l'ASS et l'ACEJ, la mesure ne pourra entrer en vigueur qu'au 1er juillet 2026, compte tenu des importants travaux de coordinations SI à mettre en place entre l'assurance maladie, Pôle emploi et les missions locales.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés de cette mesure d'amélioration de l'accès à la complémentaire santé solidaire notamment sur le site gouvernemental dédié à ce dispositif et sur le site Ameli. Les formulaires de demandes de l'AAH, de l'ASS, de l'ASI, et de l'ACEJ viseront à mieux informer les assurés de la présomption de droit à la complémentaire santé solidaire dont ils bénéficient. Les publics nouvellement allocataires de ces minima sociaux seront en outre directement contactés par leur caisse d'assurance maladie et incités à recourir au dispositif (*via* l'envoi d'un formulaire de demande simplifié).

d) Suivi de la mise en œuvre

Les caisses d'assurance maladie réaliseront un suivi du nombre de demandes et de droits ouverts à la C2S aux nouveaux bénéficiaires des quatre minima ciblés par la réforme. Sous l'égide de la Direction de la sécurité sociale, ce suivi de la montée en charge de la mesure associera également Pôle emploi, les missions locales, la CNAV et la CNAF.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale après modification
L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de la prime d'activité, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part. Les allocations mentionnées à l'article L. 815-1, à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et aux articles L. 815-24 et L. 821-1 perçues pendant la période de référence sont prises en compte, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après application d'un abattement dont le niveau est fixé pour chacune d'entre elles, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 1° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part. Ce droit est également attribué automatiquement aux jeunes majeurs âgés de moins de vingt-cinq ans étant à la charge, au sens du cinquième alinéa du même article L. 861-1, de bénéficiaires du revenu de solidarité active. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, dans des conditions déterminées par décret.	L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de la prime d'activité, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée d'une part, et du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci, d'autre part. Les allocations mentionnées à l'article L. 815-1, à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et aux articles L. 815-24 et L. 821-1 perçues pendant la période de référence sont prises en compte, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après application d'un abattement dont le niveau est fixé pour chacune d'entre elles, dans la limite de 15 % de leurs montants maximaux. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 1° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part. Ce droit est également attribué automatiquement aux jeunes majeurs âgés de moins de vingt-cinq ans étant à la charge, au sens du cinquième alinéa du même article L. 861-1, de bénéficiaires du revenu de solidarité active. ~~*Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, dans des conditions déterminées par décret.*~~ **Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1, dans des conditions déterminées par décret :** **1° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;** **2° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-24 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire**

	auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ; **3° Les bénéficiaires de l'allocation prévue aux articles L. 821-1 et L. 821-2 versée à taux plein, vivant seuls et sans enfant à charge, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante ou une activité dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionné par le 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, pendant une période de référence et ne bénéficient pas à la fois du complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 et de l'une des aides personnelles au logement prévues à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitat ;** **4° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5423-1 du code du travail, vivant seuls et sans enfant à charge ;** **5° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5131-6 du code du travail, lorsqu'ils constituent ou sont rattachés à un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu.**
Article L. 861-5 actuel du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale après modification**
La demande de protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service des prestations sociales et familiales. Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au quatrième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans	La demande de protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service des prestations sociales et familiales. Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée ~~*à l'article L. 821-1*~~ **aux articles L. 821-1 et L. 821-2 qui ne remplissent pas les conditions prévues par les 2° et 3° de l'article L. 861-2,** de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au quatrième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les

le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable, à l'exception de situations déterminées par décret visant à garantir la continuité de ces droits en cas d'évolution de la composition du foyer en cours de droit. Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise ou une réduction de dette a été accordée à l'assuré en application de l'article L. 861-10 ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations par un organisme mentionné à l'article L. 861-4 en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par l'organisme gestionnaire de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées. Le bénéficiaire peut renoncer à ce droit à tout moment, sans frais. La demande de renoncement est adressée à l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine à la réception de celle-ci. L'organisme gestionnaire met fin au droit à la protection complémentaire en matière de santé au dernier jour du mois de la réception de la demande de renoncement. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à un renoncement sont déterminées par décret. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active et les jeunes majeurs mentionnés à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 861-2, les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.	éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable, à l'exception de situations déterminées par décret visant à garantir la continuité de ces droits en cas d'évolution de la composition du foyer en cours de droit. Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise ou une réduction de dette a été accordée à l'assuré en application de l'article L. 861-10 ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations par un organisme mentionné à l'article L. 861-4 en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par l'organisme gestionnaire de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées. Le bénéficiaire peut renoncer à ce droit à tout moment, sans frais. La demande de renoncement est adressée à l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine à la réception de celle-ci. L'organisme gestionnaire met fin au droit à la protection complémentaire en matière de santé au dernier jour du mois de la réception de la demande de renoncement. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à un renoncement sont déterminées par décret. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active et les jeunes majeurs mentionnés à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 861-2, les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. **Ce droit est également automatiquement renouvelé à l'expiration du délai d'un an pour les personnes qui, lors de son attribution, ont été réputées satisfaire aux conditions du 2° de l'article L. 861-1 en application des 2°, 3°, 4° et 5° du dernier alinéa de l'article L. 861-2, sous réserve qu'elles satisfassent, à la date du renouvellement, à l'ensemble des conditions prévues par ces dispositions.** Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.

Article 22 – Inscription dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

L'article 51 de la LFSS pour 2018 a accompagné de nombreuses innovations organisationnelles en permettant aux acteurs du système de santé de proposer et mettre en œuvre à titre expérimental des prises en charge dérogeant au droit commun de la tarification. Les premiers retours d'évaluation montrent deux importants motifs de satisfaction pour les patients : la visibilité donnée sur l'intégralité de leur prise en charge et l'accès à de nouvelles prestations de santé qui, bien qu'elles soient cliniquement éprouvées, restaient auparavant à la charge des patients. Ces deux éléments contribuent à une plus grande qualité des parcours de santé. Concernant les professionnels, les innovations testées visaient à répondre aux « irritants » du quotidien et aux difficultés parfois rencontrées pour assurer des soins de qualité. Les professionnels ont mis en place des organisations spécifiques leur ménageant du temps pour se coordonner entre eux et avec le patient, tout en incluant de nouvelles prestations jugées nécessaires, comme le renforcement de la coordination ou l'accès à de nouveaux professionnels, et par exemple en finançant des dispositifs permettant d'aller vers les patients en particulier pour certaines populations spécifiques. Ces deux aspects – sentiment d'apporter les soins nécessaires et financement de nouvelles organisations – contribuent à améliorer la satisfaction au travail et à fidéliser les professionnels.

La majorité des expérimentations s'organisent autour de parcours de prise en charge entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, où la solidarité entre les équipes est matérialisée par une rémunération au forfait, à même de donner une certaine souplesse aux structures coordinatrices des parcours.

Seules les expérimentations qui bénéficieront au terme du processus d'une évaluation positive pourront entrer dans le droit commun. Aujourd'hui, sur 135 expérimentations autorisées, 5 sont déjà arrivées à terme, 35 arriveront à échéance en 2023, dont une quinzaine, au vu des premiers résultats disponibles, pourraient *in fine* faire l'objet d'une évaluation positive, et 38 en 2024.

Leur entrée dans le droit commun doit être préparée pour capitaliser sur les expérimentations probantes afin de libérer du temps soignant et d'améliorer les prises en charge des patients, y compris par l'élargissement des prestations remboursées par l'assurance maladie, par exemple pour des séances d'activité physique adaptée.

Il s'agit aussi de donner de la visibilité aux actuels porteurs de projets et aux acteurs de la santé pour susciter leur adhésion, sur la base du volontariat, à ces nouvelles organisations.

Ceci suppose aussi de mettre fin aux expérimentations non probantes.

Si certaines expérimentations peuvent être inscrites dans le droit commun sans modification législative, par exemple en s'inscrivant dans le cadre déjà existant des négociations conventionnelles pour les professions de santé libérales, ou en s'appuyant sur des évolutions de la tarification hospitalière, 70% des expérimentations déploient des parcours faisant intervenir plusieurs acteurs sur des champs variés, et reposent sur une rémunération au forfait.

A droit constant, la prise en charge de ces parcours coordonnés renforcés par l'assurance maladie n'est pas possible dans le droit commun : il n'existe aujourd'hui aucun vecteur de financement qui permettrait de rémunérer de manière solidaire les différents professionnels intervenant dans de tels parcours.

Par ailleurs, cette mesure permet également d'inscrire en droit commun l'accès à des prestations d'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique dans le cadre de parcours de santé. En effet, présente dans 20 % des expérimentations actuellement autorisées, l'activité physique adaptée est devenue une offre de santé centrale dans la prise en charge des patients inclus, notamment en cas de pathologie chronique.

b) Mesure proposée

La mesure vise à créer un cadre générique permettant de mettre en place des parcours coordonnés renforcés, adaptables aux besoins du patient, s'appuyant sur des structures porteuses et reposant sur un paiement collectif forfaitaire. Ce dispositif pourra se déployer entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Les expérimentations probantes de parcours coordonnés renforcés ayant vocation à se multiplier, il s'agit tout d'abord de définir un processus de validation du parcours, préalable à l'entrée d'un nouveau parcours dans le droit commun. Cette mécanique devra être lisible et accessible, et s'appuiera sur les résultats des expérimentations en cours. Les expérimentations répondant à des besoins de santé proches seront examinées ensemble pour identifier, à partir des évaluations externes réalisées pour tous les projets de l'article 51, les bonnes pratiques et ainsi définir les modalités de leur entrée dans le droit commun. A titre d'illustration, la définition parcours coordonné renforcé sur l'insuffisance cardiaque pourra capitaliser sur les expérimentations « structures libérales légères » des régions Ile-de-France et Grand Est, « Eva Corse » en Corse ou encore As du Coeur ; le parcours sur la réhabilitation respiratoire sur l'expérimentation « Occitan'air » en Occitanie et le parcours sur la prise en charge de l'obésité sur l'expérimentation « Espace Médical Nutrition et Obésité » (EMNO) en Bourgogne-Franche-Comté.

Pour atteindre ces objectifs, la mesure :

- définit la notion de parcours coordonné renforcé. Il reviendra ensuite au pouvoir réglementaire (à travers des arrêtés) de préciser le contenu et les différentes briques constitutives (patients et pathologies ciblés, étapes et interventions nécessaires, professionnels indispensables, etc.) de chacun des parcours en s'appuyant sur cette définition;
- prévoit les modalités de prise en charge de ces parcours par l'assurance maladie obligatoire et le principe d'une participation des organismes complémentaires ainsi que du recours obligatoire au tiers payant ;
- définit les fonctions, missions et obligations des structures pilotes ou porteuses des parcours en tant que garantes de l'effectivité du parcours ainsi que comme ordonnateur et coordinateur administratif et clinique du parcours. Il pourra notamment s'agir des structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les cabinets de groupe, les établissements de santé, certains établissements médicaux sociaux ou les communautés territoriales professionnelles de santé ;
- ouvre un cadre juridique dérogatoire sur une période définie afin de sécuriser les actuels porteurs d'expérimentation le temps de leur transition juridique vers les structures autorisées à déployer ces parcours dans le droit commun s'ils en ont besoin ;
- renvoie enfin à des textes d'application la déclinaison précise des modalités d'inscription dans le droit commun, y compris pour la valorisation des forfaits associés.

Cette mesure reconnait à l'équipe et à la structure coordinatrice la capacité de pouvoir adapter le parcours grâce à la fongibilité du forfait qui doit permettre de financer une communauté de professionnels et leurs interventions en s'adaptant, dans un cadre prédéfini, aux besoins de chaque patient. Les volumes horaires entre les différentes professions pourront ainsi être modulés en fonction des besoins des patients : plus d'activité physique adaptée et moins de diététique par exemple, plus ou moins d'accompagnement psychologique dans le cadre du parcours. Cette souplesse permet de redonner des marges de manœuvre et d'autonomie aux acteurs impliqués dans le suivi des patients tout en garantissant aux patients une prise en charge de qualité adaptée à leurs besoins.

Ainsi, pour chaque parcours validé, une enveloppe financière par patient sera déterminée par arrêté, avec une répartition qui sera modulable en fonction des besoins de chaque patient. L'arrêté définira également une liste de professionnels de santé ou d'autres professionnels (psychologues, intervenants en activité physique adaptée, médiateurs en santé, etc.) pouvant participer à la prise en charge des patients dans le cadre du parcours et recevoir des financements à ce titre.

Ensuite, des structures se déclareront auprès des ARS pour les mettre en œuvre. Chaque structure organisera le parcours en répertoriant les professionnels impliqués et en assumant notamment la fonction de coordination. Elle garantira l'effectivité du parcours et des prises en charge. Elle transmettra également les informations nécessaires à la facturation et aux contrôles à son organisme local d'Assurance maladie (CPAM). Le paiement de chaque acteur intervenant dans ce parcours coordonné renforcé sera ensuite réalisé directement par la caisse.

Enfin, le conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) regroupant les différents représentants des champs concernés (hôpital, ville, médico-social), mais aussi une représentation des patients et des référents locaux, sera réuni une à deux fois par an afin d'accompagner et suivre le déploiement de cette réforme.

Afin d'accompagner le déploiement sur tout le territoire de cette nouvelle modalité de prise en charge, des moyens spécifiques pourront être mobilisés par le ministère de la santé et de la prévention ou l'assurance maladie pour développer les outils nécessaires et les mettre à disposition des acteurs de santé, qu'ils soient institutionnels ou directement impliqués dans la mise en œuvre des nouveaux parcours. Le cas échéant, selon les thématiques, des accompagnements de proximité, au travers de la mobilisation des communautés de pratique, pourront également être initiés.

c) Autres options possibles

Une autre option difficilement envisageable aurait été de mobiliser uniquement les vecteurs traditionnels de tarification pour la rémunération de chaque acte de l'équipe (hôpital, ville, ESMS) en visant de se rapprocher de ce qui existe déjà aujourd'hui.

Cette option, qui revient à juxtaposer des actes professionnels et des tarifications individuelles des prestations, est assez éloignée de l'esprit d'innovation porté par les expérimentations article 51 et risquerait de dénaturer fortement les parcours qui ont été aujourd'hui testés.

En effet, ce découpage en actes juxtaposés aurait pour conséquence une moindre efficacité dans la mise en place des parcours collectifs pluriprofessionnels, une moindre cohésion d'équipe dans la prise en charge, et finalement une moindre conformité aux parcours testés et évalués ainsi.

Par ailleurs elle aurait nécessité de créer un cadre particulier pour la prise en charge des prestations qui ne font pas pour l'instant partie du panier de soins remboursés par l'assurance maladie.

Enfin, au regard du calendrier des négociations conventionnelles et des règles de tarification des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, une telle option n'aurait pas permis une entrée dans le droit commun au terme des expérimentations.

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

La mesure définit les modalités de déploiement des expérimentations dans le droit commun et de valorisation des forfaits rémunérant la mise en place de ces parcours. Elle a donc des conséquences sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. La place en LFSS se justifie au regard d'une disposition du V. de l'article LO. 111-3 du CSS. Cette

mesure aura « 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 articles LO 111-3-2 à LO 111-3-8 du CSS, dans la version de la LO en vigueur à partir du 1er septembre 2022, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 cette mesure et de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Création d'un chapitre II au sein du titre Ier du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique. Création d'une section 13 au sein du chapitre 2 du titre VI du livre Ier 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 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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Les dépenses des expérimentations se terminant en 2023 qui pourraient être inscrites dans le droit commun représentent aujourd'hui 16 M€ par an financées sur le FISS et 5 M€ pour celles se terminant en 2024. Les forfaits pourraient s'établir entre 500 à 2000€ par patient en fonction des parcours.

Leur entrée dans le droit commun et donc la possibilité de déployer ces parcours dans toute la France pourrait conduire à un doublement des dépenses associées chaque année, en prenant l'hypothèse d'un doublement de la patientèle prise en charge.

Ces projections n'intègrent pas les expérimentations de parcours coordonnés renforcés se terminant en 2025 et après, car les résultats de leur évaluation sont trop incertains aujourd'hui. Leur impact budgétaire pourrait potentiellement être plus important puisque ces expérimentations représentent aujourd'hui déjà 35 M€ de dépenses annuelles.

Une partie de ces dépenses se substitue à des dépenses déjà engagées par l'assurance maladie pour la prise en charge de ces patients :

- Les parcours pourront dans certains cas se substituer à une prise en charge aujourd'hui plus coûteuse. A titre d'illustration, dans l'expérimentation « structures libérales légères » (SLL), il a été considéré qu'environ 30% des patients inclus auraient bénéficié d'une prise en charge en soins médicaux et de réadaptation (SMR). En hospitalisation complète, un séjour en SMR de réadaptation cardiaque peut être estimé à 4 400€ tandis qu'en hospitalisation de jour il s'élèverait à 1 650€. En comparaison, le forfait total de prise en charge dans l'expérimentation SLL est de 630€, permettant de générer d'importantes économies, en plus de contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge ;
- Dans d'autres cas, les parcours pourraient se substituer à une prise en charge comparable en termes de coût mais améliorer la qualité des soins et ainsi contribuer à la diminution du risque d'hospitalisation (ou de ré-hospitalisation) ou de complications ;
- Enfin, des économies potentielles pourraient concerner la prise en charge des patients qui n'auraient pas pu bénéficier d'une prise en charge adaptée en l'absence de ces parcours (estimée à 70% dans l'expérimentation SLL par exemple). Ces patients auraient été particulièrement exposés aux risques d'hospitalisation (ou de ré-hospitalisation) et/ou de complications menant à des dépenses potentiellement plus importantes que celles liés aux parcours.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		-16	-21	-42	-84
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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

Cette mesure permet d'améliorer l'accessibilité des assurés à la santé.

- ***Impact sur les jeunes***

Les jeunes sont concernés par la mise en place des parcours dans la mesure où ces derniers intègrent des prises en charge qui peuvent les concerner, notamment en ce qui concerne les prises en charge précoces ou la prévention – par exemple, de l'obésité. De fait, la création de ces parcours améliore l'accessibilité à la santé pour cette catégorie de la population.

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

Les personnes en situation de handicap sont particulièrement concernées par cette mesure, dans la mesure où certains des parcours qui seront déployés afin de permettre une meilleure prise en charge du handicap.

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 permettra aux assurés de bénéficier de nouvelles prises en charges via le déploiement de ces parcours de soins. La mesure ne crée pas de charges administratives supplémentaires, voire même les diminuent en organisant une prise en charge unique et coordonnée plutôt que de nombreux actes dépendants d'acteurs différents.

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

La mesure sera gérée par les caisses de sécurité sociale. Dans un premier temps, la plateforme développée dans le cadre du dispositif 51 pourra être adaptée progressivement avant un possible passage dans le système d'information de droit commun de l'Assurance maladie.

Le réseau des ARS et de l'Assurance maladie seront mobilisés pour inciter les acteurs à se manifester dans les territoires afin de susciter la déclaration de structures en charge de déployer ce mode de prise en charge innovant.

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 fera l'objet de plusieurs textes d'application :

- un décret déterminant les modalités pratiques encadrant le déploiement des différents parcours ;
- des arrêtés propres à l'inscription dans le droit commun de chaque parcours.

Le décret sera publié début 2024. Les arrêtés suivront le rythme des différentes échéances des expérimentations.

Des concertations avec les organisations syndicales représentant les professionnels et établissements concernés, ainsi que les différents ordres ont été réalisées à l'été 2023.

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

Le cadre générique mis en place pour l'inscription dans le droit commun pourra être mis en œuvre dès la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et du décret d'application. L'inscription dans le droit commun de chaque expérimentation aux résultats probants sera opérationnelle une fois l'arrêté de tarification publiée.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Une évaluation de la mise en place et du déploiement des parcours est prévue. Le nombre de parcours effectivement déployés ainsi que le coût associé pour l'assurance maladie feront l'objet d'un suivi via les données de l'assurance maladie : le conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) sera réuni une à deux fois par an afin d'accompagner et suivre le déploiement de cette réforme.

Une enveloppe spécifique sera créée dans le 5ème sous-objectif de l'ONDAM pour faciliter le suivi du déploiement et des montants alloués.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Chapitre II : Parcours coordonnés renforcés
	Article L. 4012-1 du code de la santé publique nouveau
	Article L. 4012-1. – I. – Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe la liste de ces parcours en tenant compte des expérimentations ayant fait l'objet d'un avis du conseil stratégique mentionné au deuxième aliéna du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. **Pour chaque type de parcours coordonné renforcé, un arrêté des mêmes ministres détermine notamment les modalités d'organisation du parcours, les prestations couvertes par le forfait mentionné à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale ainsi que son montant.** **II. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé exercent une profession libérale ou exercent au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social, d'un centre de santé, d'une maison de santé ou d'une maison sport-santé.** **Chaque professionnel intervient dans le parcours dans le cadre de ses conditions habituelles d'exercice et répond des actes professionnels qu'il accomplit selon les règles qui lui sont applicables dans ce cadre.** **Ils sont réputés constituer une équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12.** **III. – Le parcours est organisé par une structure responsable de la coordination désignée parmi des catégories de structures, enoncées par décret, au sein desquelles des professions médicales, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens réalisent des prestations de soins.** **Cette structure coordonne les interventions des professionnels du parcours et s'assure du respect des dispositions de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I par l'ensemble des professionnels intervenant au sein du parcours. Elle est responsable des actions qu'elle conduit à ce titre.** **Par dérogation au premier alinéa du présent III, les structures responsables de la coordination d'un parcours dans le cadre d'une expérimentation arrivée à son terme et ayant fait l'objet d'un avis favorable du conseil stratégique mentionné au deuxième aliéna du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, qui n'appartiennent à aucune catégorie de la liste prévue au I, peuvent continuer d'exercer les missions de coordination pendant une durée maximale de six mois à compter du dépôt de la demande mentionnée à l'article.** **IV. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé ou, le cas échéant, leur employeur et la structure responsable de la coordination formalisent leur organisation dans un projet de parcours coordonné renforcé. Ce projet, conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, comporte notamment les dispositions prises pour assurer la continuité des soins, des engagements de bonnes pratiques professionnelles pour chaque catégorie de professionnels ainsi que les modalités de répartition du forfait mentionné à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale.**

Article L.4113-5 du code de la santé publique avant modification	Article L.4113-5 du code de la santé publique après modification
Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des professions régies par le présent livre. Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-4. Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.	Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des professions régies par le présent livre. Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1**, les parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1** et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-4. Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.
Article L.4041-2 du code de la santé publique La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet : 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ; 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé ; 3° Sous réserve, lorsqu'il s'agit d'une maison de santé mentionnée à l'article L. 6323-3, que ses statuts le prévoient : a) L'exercice, par des professionnels de santé salariés par la société, d'activités de soins de premier recours définies à l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours définies à l'article L. 1411-12 ainsi que d'autres activités contribuant à la mise en œuvre du projet de santé ; b) L'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de ses membres ou de celles de tout autre professionnel concourant à la mise en œuvre du projet de santé et le reversement de rémunérations à chacun d'eux. Le professionnel concourant à la mise en œuvre du projet de santé est signataire de ce projet dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6323-3. Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	Article L.4041-2 du code de la santé publique La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet : 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ; 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique, **les parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1** ou de coopération entre les professionnels de santé ; 3° Sous réserve, lorsqu'il s'agit d'une maison de santé mentionnée à l'article L. 6323-3, que ses statuts le prévoient : a) L'exercice, par des professionnels de santé salariés par la société, d'activités de soins de premier recours définies à l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours définies à l'article L. 1411-12 ainsi que d'autres activités contribuant à la mise en œuvre du projet de santé ; b) L'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de ses membres ou de celles de tout autre professionnel concourant à la mise en œuvre du projet de santé et le reversement de rémunérations à chacun d'eux. Le professionnel concourant à la mise en œuvre du projet de santé est signataire de ce projet dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6323-3. Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale après modification**
La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :	La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;	1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;	2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;
3° (Abrogé) ;	3° (Abrogé) ;
4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;	4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;
5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;	5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ;	6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ;
7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code.	7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code.
8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre.	8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre. **9° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours définis à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique.**
Article L. 133-4 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 133-4 du code de la sécurité sociale après modification**

I.-A.-En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation :	I.-A.-En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation :
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. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ou des activités de télésurveillance médicale figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ;	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. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1**, L. 162-59** et L. 165-1-5 ou des activités de télésurveillance médicale figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ;
2° Des frais de transports mentionnés aux articles L. 160-8 et L. 160-9-1,	2° Des frais de transports mentionnés aux articles L. 160-8 et L. 160-9-1,
l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur 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. En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque l'inobservation des règles constatée est constitutive d'une fraude du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, l'organisme d'assurance maladie recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des remboursements intervenus à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que les indus recouvrés au titre du présent article.	l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur 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. En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque l'inobservation des règles constatée est constitutive d'une fraude du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, l'organisme d'assurance maladie recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des remboursements intervenus à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que les indus recouvrés au titre du présent article.
B.-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.	B.-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.
II.-L'indu mentionné au A du I peut, lorsque l'inobservation de ces règles est révélée par l'analyse d'une partie de l'activité du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, être fixé forfaitairement, par extrapolation à tout ou partie de l'activité donnant lieu à prise en charge de l'assurance maladie, à l'issue d'une procédure contradictoire entre l'organisme d'assurance maladie chargé du recouvrement de l'indu et ce professionnel, ce distributeur ou cet établissement.	II.-L'indu mentionné au A du I peut, lorsque l'inobservation de ces règles est révélée par l'analyse d'une partie de l'activité du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, être fixé forfaitairement, par extrapolation à tout ou partie de l'activité donnant lieu à prise en charge de l'assurance maladie, à l'issue d'une procédure contradictoire entre l'organisme d'assurance maladie chargé du recouvrement de l'indu et ce professionnel, ce distributeur ou cet établissement.
Lorsque la somme fixée en application du premier alinéa du présent II recueille l'accord écrit du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, son montant est opposable aux deux parties.	Lorsque la somme fixée en application du premier alinéa du présent II recueille l'accord écrit du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, son montant est opposable aux deux parties.
III.-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.	III.-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.

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.	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.
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.	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.
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.	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.
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.	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.
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.	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.
IV.-Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.	IV.-Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.
Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 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.	I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 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.
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	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.	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.
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.	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.
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 pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1.	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 pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1. **La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. 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. Cette participation peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.**
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. Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile. 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.	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. Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile. 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.

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.	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.
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 :	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 :
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 et au 1° de l'article L. 160-9-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;	3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 et au 1° de l'article L. 160-9-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;
4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
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.	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.
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°.	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°.
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 récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.	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 récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.
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.	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.

Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.	Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.
Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale après modification**
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 du même 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 :	La participation de l'assuré mentionnée au premier de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée, sous réserve des dispositions du ~~*dernier*~~ **quatrième** alinéa du I du même 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 :
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :	4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :
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 ;	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 ;
b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;	b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;	5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;
6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;	6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;

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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
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 ;	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 ;
12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ;	12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ;
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 ;	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 ;
14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;	14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;
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 ;	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 ;
16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;	16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;
17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;	17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ;
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 ;	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 ;
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	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 ;	conditions prévues au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 322-5 du présent code ;
20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;	20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;
21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres 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 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ;	21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres 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 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ;
22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;	22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;
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 ;	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 ;
24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ;	24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ;
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;	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;
26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ;	26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ;
27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ;	27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ;
28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.	28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.
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.	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.
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	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 dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.	prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.
	Section 13 chapitre 2 du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale **« Section 13 : Prise en charge des parcours coordonnés renforcés »**
	Article L. 162-59 : I. – Les interventions des professionnels participant à la prise en charge d'une même personne dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, par dérogation aux règles de facturation et de tarification prévues au titre VI du livre I du code de la sécurité sociale et au chapitre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, sont exclusivement financées par un forfait dont le montant couvre le coût de l'ensemble des prestations constituant le parcours ainsi que celui des actions nécessaires à la coordination des interventions. Ce montant, fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, est déterminé en tenant compte de la fréquence du suivi du bénéficiaire, de la complexité de sa prise en charge ainsi que des moyens humains et cliniques mobilisés. **Le patient ne peut être redevable, au titre des prestations du parcours, d'autres montants que le montant forfaitaire mentionné au présent article.** **La structure responsable de la coordination mentionnée au III de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique transmet les informations nécessaires à la couverture par l'organisme local d'assurance maladie des frais relatifs au parcours coordonné renforcé. Elle pratique le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10.** **La structure responsable de la coordination détermine la part du forfait due à chaque professionnel au titre de son activité au sein du parcours ainsi que celle correspondant aux missions de coordination qu'elle assure sur la base des prestations décrites dans le projet de parcours mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. L'organisme local d'assurance maladie verse les sommes correspondantes à chaque professionnel ou, le cas échéant, à la structure qui l'emploie ainsi qu'à la structure responsable de la coordination.** **Les rémunérations perçues dans ce cadre sont soumises au même régime fiscal et social que les rémunérations perçues dans le cadre de leur exercice habituel, qu'ils exercent dans le cadre d'un exercice libéral, salarié ou comme agent public.** **La structure responsable de la coordination peut, le cas échéant, percevoir les sommes versées par les assurés au titre de leur participation aux frais du parcours coordonné renforcé en application du 9° de l'article L. 162-8. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités de répartition des sommes ainsi perçues.** **II. – Pour bénéficier du mode de financement par forfait mentionné à l'article L. 162-59, la structure mentionnée à l'article L. 162-60 transmet le projet mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique au directeur général de l'agence régionale de santé.** **Le projet est réputé validé, sauf si le directeur de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois à compter de la réception du projet, en se fondant sur l'absence de respect de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, du III de ce même**

	article ou des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1. **Lorsqu'il constate un manquement aux dispositions de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ou au III de ce même article, le directeur général de l'agence régionale de santé met la structure responsable de la coordination en demeure de se mettre en conformité dans un délai de six mois à compter de la notification de cette mise en demeure. Faute d'exécution dans ce délai, il en informe la caisse primaire d'assurance maladie, qui met fin au mode de financement par montant forfaitaire et suspend les remboursements des forfaits facturés au titre du parcours après la notification de cette décision.** **III. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »**
Article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	**Article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales**
L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : - L. 160-8 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; - L. 161-1 à L. 161-6 ; - L. 161-8, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-15-3, L. 162-1-21 et L. 162-2 ; - L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; - L. 162-29 et L. 162-30 ; - L. 169-1 à L. 169-11 ; - L. 16-10-1 ; - L. 174-4 et L. 174-17 ; - L. 217-1 ; - L. 313-1 et L. 313-2 ; - L. 315-1 ; - L. 321-1 ; - L. 322-5 à L. 322-6 ; - L. 323-1 à L. 323-5 sous réserve des dispositions de l'article 9-6 ci-dessous ; - L. 324-1 ; - L. 331-1 à L. 331-8 ; - L. 332-1 et L. 332-2 ; - L. 371-1 à L. 371-3 et L. 371-5 à L. 371-7 ; - L. 374-1 ; - L. 375-1 ; - L. 376-1 à L. 376-3 ; - L. 377-2 à L. 377-5.	L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : - L. 160-8 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; - L. 161-1 à L. 161-6 ; - L. 161-8, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-15-3, L. 162-1-21 et L. 162-2 ; - L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; - L. 162-29 et L. 162-30 ; **- L. 162-59** - L. 169-1 à L. 169-11 ; - L. 16-10-1 ; - L. 174-4 et L. 174-17 ; - L. 217-1 ; - L. 313-1 et L. 313-2 ; - L. 315-1 ; - L. 321-1 ; - L. 322-5 à L. 322-6 ; - L. 323-1 à L. 323-5 sous réserve des dispositions de l'article 9-6 ci-dessous ; - L. 324-1 ; - L. 331-1 à L. 331-8 ; - L. 332-1 et L. 332-2 ; - L. 371-1 à L. 371-3 et L. 371-5 à L. 371-7 ; - L. 374-1 ; - L. 375-1 ; - L. 376-1 à L. 376-3 ; - L. 377-2 à L. 377-5.
Article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	**Article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte**

I. - L'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie comporte également :	I. - L'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie comporte également :
1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;	1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ;	2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ;
3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ;	3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ;
4° Abrogé ;	4° Abrogé ;
5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ;	5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ;
6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;	6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;
7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de travailler ainsi que durant le congé de maternité, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou durant le congé d'adoption ;	7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de travailler ainsi que durant le congé de maternité, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou durant le congé d'adoption ;
7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ;	7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ;
7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;	7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;
7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire et d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;	7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire et d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;
7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;	7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;

7° sexies L'attribution au père et, le cas échéant, au conjoint de la mère, à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leur paternité ou de l'accueil de l'enfant ;	7° sexies L'attribution au père et, le cas échéant, au conjoint de la mère, à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leur paternité ou de l'accueil de l'enfant ;
7° septies L'attribution au parent adoptif ou accueillant exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale d'une allocation forfaitaire de repos et d'indemnités journalières forfaitaires ;	7° septies L'attribution au parent adoptif ou accueillant exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale d'une allocation forfaitaire de repos et d'indemnités journalières forfaitaires ;
7° octies L'attribution aux conjoints collaborateurs mentionnés au 1° du I de l'article L. 121-4 du code de commerce d'allocations forfaitaires de repos et d'indemnités complémentaires de remplacement à l'occasion de leur maternité, de leur paternité ou de l'accueil d'un enfant ou d'une adoption ;	7° octies L'attribution aux conjoints collaborateurs mentionnés au 1° du I de l'article L. 121-4 du code de commerce d'allocations forfaitaires de repos et d'indemnités complémentaires de remplacement à l'occasion de leur maternité, de leur paternité ou de l'accueil d'un enfant ou d'une adoption ;
8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;	8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;
9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;	9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;
10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;	10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;
11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;	11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;
12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;	12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;
13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°,	13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°,

7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire ;	7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire ;
14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale ;	14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale ;
15° L'attribution de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie mentionnée à l'article L. 168-1 du code de la sécurité sociale ;	15° L'attribution de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie mentionnée à l'article L. 168-1 du code de la sécurité sociale ;
16° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code.	16° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code.
II. - Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.	**17° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique** II. - Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.
Article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	**Article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte**
Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 161-36-3, L. 162-1-21, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, L. 162-4-1 , L. 162-4-5, L. 162-8-1, L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.	Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 161-36-3, L. 162-1-21, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, L. 162-4-1 , L. 162-4-5, L. 162-8-1, L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2 **, L. 162-16-1 et L. 162-59** du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.

Article 23 – Réforme des financements médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Introduite par la loi du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité (T2A) a constitué une réforme majeure dans le financement par l'assurance maladie des établissements de santé. Celle-ci a permis de sortir les établissements publics et privés non lucratifs d'un financement exclusif par dotation qui pénalisait les établissements devant développer leur activité pour répondre aux besoins de la population et qui freinait l'accès aux traitements innovants, alors que le secteur privé commercial était entièrement financé à l'activité, induisant une segmentation de l'offre non souhaitée et non pertinente.

Outre la meilleure adéquation entre les besoins et les financements, cette modalité de financement a eu un certain nombre d'effets positifs, parmi lesquels une connaissance des coûts de prise en charge des patients sur le fondement d'une nomenclature médico-économique et le développement d'outils de pilotage budgétaire associant les services de soins. Elle a également largement contribué à la transformation de l'offre de soins hospitaliers.

Cependant, la part des financements directement liés à l'activité (tarifs des séjours, séances, consultations et actes externes) apparaît déséquilibrée. En effet, ceux-ci représentaient, en 2019, 76 % des financements du champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et, plus globalement, 57 % du financement des établissements de santé (en incluant les champs de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation).

Cette situation a induit une évolution de l'offre ne garantissant pas toujours une réponse correspondant aux besoins de santé publique sur les territoires. Ainsi, certaines critiques sont formulées à l'encontre du financement à l'activité notamment sa capacité parfois limitée à traduire les coûts induits par les sujétions liées au fonctionnement de certaines activités de soins ou les conditions de prise en charge. Par ailleurs, certains tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS) peuvent désormais être plus ou moins éloignés des coûts de référence correspondants. Enfin, en complément de la tarification à l'activité, il convient de développer des modèles de financement adaptés qui favorisent les coopérations entre acteurs ainsi que le développement de certaines pratiques ou modalités de prise en charge.

La nécessité de financer en dehors de la T2A les missions et besoins (investissement, projets) spécifiques des établissements de santé a conduit à multiplier les dotations complémentaires conduisant à un dispositif parfois peu lisible et insuffisamment évalué.

En outre, malgré l'introduction plus récente de financements dédiés (l'Incitation Financières à l'Amélioration de la Qualité « IFAQ » ou les Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins « CAQES »), ces derniers ne tiennent pas suffisamment compte des objectifs en matière de santé publique au sens large, dont la promotion de la qualité et de la pertinence des prises en charge. D'autant que ces nouveaux mécanismes de financement n'ont pas fait l'objet d'une réelle appropriation par les professionnels de santé.

Enfin, la régulation prix-volume appliquée, principalement pendant la 1ère moitié de la décennie 2010, en fonction des objectifs budgétaires de l'ONDAM-ES (sous-objectif de l'ONDAM consacré aux Etablissements de Santé) a pu atténuer la lisibilité du dispositif. La « course à l'activité » induite a contribué à l'épuisement des professionnels et a pu conduire à une transformation de l'offre s'éloignant des objectifs de santé publique. Depuis 2019, le déséquilibre a été fortement accentué par la crise sanitaire et les difficultés de recrutements. La baisse des recettes d'activité (5 % sur le secteur ex-DG) et les déséquilibres structurels du modèle (diminution continue des taux de marge brute depuis 2013 passant de 6,8 % à 4,9 % en 2019) mettent en cause la capacité des établissements à investir, voire, pour les plus en difficulté, les installent dans un modèle économique structurellement déficitaire.

Ces constats sur les effets positifs et négatifs induits par une tarification très majoritairement à l'activité du champ MCO ont été largement documentés (cf. notamment : IGF, 2012, « *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux* » - *L'évolution des volumes d'activité en établissement de santé : description, déterminants et prévision*, Dupays S., Natali JP., avec la participation de Jeantet M., Rapport IGAS janvier septembre 2013 - Frédéric Kletz, Jean-Claude Moisdon, « *Métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier* », Recherches en sciences de gestion, 2015/1, n°106. - Carine Milcent. *Premier bilan de la tarification à l'activité (T2A) sur la variabilité des coûts hospitaliers*. Economie et Prévision, 2017, 2 - Rapport IGAS-IGF, *Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé*, janvier 2022).

C'est pourquoi dès 2017 le Gouvernement a engagé une stratégie de diversification des modalités de financement des établissements de santé faisant davantage de place aux financements par dotations, populationnels et à la qualité, tout en maintenant le caractère incitatif du financement à l'activité lorsque c'est nécessaire.

Dans ce cadre, et comme annoncé par le président de la République le 6 janvier 2023, il apparait nécessaire d'accélérer cette transformation vers un modèle de financement mixte des établissements de santé. Il s'agit de revenir sur le caractère central de la tarification à l'activité dans du champ MCO en amplifiant encore la part de financement par dotations ou sans lien direct avec l'activité, tant pour les missions de soins qu'au titre d'objectifs de santé publique, tout en s'attachant à préserver les acquis positifs de la prise en compte de l'activité réelle des établissements dans leur financement.

b) Mesure proposée

La mesure proposée est conçue pour mieux soutenir la contribution des établissements de santé aux objectifs de santé publique, en améliorant notamment la qualité des soins et pour mieux reconnaitre leurs missions et donner davantage de leviers au pilotage de la territorialisation par les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'objectif général de la mesure proposée est donc de réduire la part des financements aujourd'hui issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement permettant de valoriser les 3 grandes catégories de soins suivants :

- les soins répondant à des prises en charge « protocolées », organisées et standardisées, pour lesquels une tarification à l'activité est pertinente ;
- les soins aigus et les prises en charge spécifiques dont le coût est substantiellement indépendant du volume de l'activité réalisée et pour lesquels un financement mixte par dotation, en complément d'une part de tarification à l'activité, est le plus indiqué ;
- la prévention et la coordination des parcours des patients, relevant d'objectifs de santé publique qui peuvent être en partie propres à certains territoires, pour lesquels un financement par dotation apparait nécessaire.

Les établissements de santé seront financés par les 3 compartiments :

- Compartiment « Financement à l'activité »
- Compartiment « Dotations relatives à des objectifs de santé publique »
- Compartiment « Dotations relatives à des missions spécifiques »

Financement à l'activité	Dotation sur objectifs de santé publique	Dotation sur missions spécifiques
Tarifs (échelle tarifaire revue).	- Dotations actuelles correspondant à des objectifs de santé publique issues des enveloppes MIGAC ou FIR - Financement à la qualité issus principalement d'IFAQ et CAQES - Nouveaux objectifs de santé publique	- MERRI - Les activités de recours et d'expertise - Les aides à la contractualisation. - Forfaits *(MRC, FAI, Greffes-PO)* - *Dotation Populationnelle Urgences* - Les dotations « socles » (urgence, soins critiques - ***nouveau***) - Soins non programmables - ***nouveau***

La T2A perd ainsi son caractère central dans le financement des activités de MCO des établissements de santé mais reste un des trois piliers du financement de ces activités. La réforme doit à ce titre s'accompagner d'une poursuite des travaux sur la cohérence de l'échelle des tarifs vis-à-vis de l'échelle des coûts.

L'introduction d'un financement mixte par T2A et dotation pour certaines activités de soins aigus ou pour certaines prises en charge permet de mieux valoriser certaines missions confiées aux établissements de santé en introduisant une part significative de dotation socle forfaitaire fondée sur une logique de couverture de charges fixes voire normées des établissements pour garantir l'accès aux soins pour ces activités. Ce dispositif sera notamment mobilisé pour les activités de soins critiques. En effet, la crise sanitaire a mis en évidence l'importance de garantir une capacité d'accueil forte en unités de réanimation et de soins intensifs sur l'ensemble du territoire. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place un modèle de financement qui sécurise les ressources de ces structures, même en cas d'activité momentanément réduite. En s'articulant avec la réforme des régimes d'autorisations, il pourra être proposé un financement mixte des soins critiques avec, d'une part, une dotation modélisée sur les capacités d'accueil des établissements et, d'autre part, un financement à l'activité.

Par ailleurs, le financement des activités non programmables, qui est une préoccupation constante des acteurs de terrain, doit également pouvoir faire l'objet d'une valorisation spécifique. En effet, les durées moyennes de séjour (DMS) plus longues des soins non programmés sont de nature à constituer un surcoût pour les établissements et limitent leur capacité d'accueil pour des prises en charge programmées. En outre, les soins non programmés ont des conséquences parfois importantes sur l'organisation dans les services. Le « non programmable » constitue dès lors un « angle mort » de la T2A dont les tarifs calculés sur des moyennes répondent de façon insatisfaisante à une offre hétérogène lorsque ces soins sont inéquitablement répartis entre les établissements. Des travaux pourront ainsi être conduits en vue de l'élaboration d'éventuelles dotations au profit des établissements ayant une part importante d'activité non programmable. Cette dotation pourrait également constituer une incitation à une participation plus large des établissements de santé à ce type de soins. Au-delà, d'autres secteurs pourraient progressivement entrer dans ce schéma de financement mixte avec un socle de financement garantissant la continuité des soins et une part à l'activité favorisant leur efficience et leur productivité.

La création d'un compartiment de financement relatif à des objectifs de santé publique constitue également une évolution majeure du système de financement des établissements de santé. En effet, un autre enjeu de cette réforme réside dans le développement de la coopération et de la coordination des parcours de soins. Pour cela, il convient d'orienter davantage le financement des établissements vers une rémunération liée directement à des objectifs de santé publique. Pour l'hôpital public et les établissements privés, une part progressivement structurante de la rémunération devra reposer sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle du territoire. Il convient d'améliorer les dispositifs existants et de développer des modes de financement alternatifs.

Ce compartiment regrouperait ainsi les financements existants au titre des actuelles missions d'intérêt général directement liées à des objectifs de santé publique mais également les financements de la qualité (IFAQ : Incitation Financières à

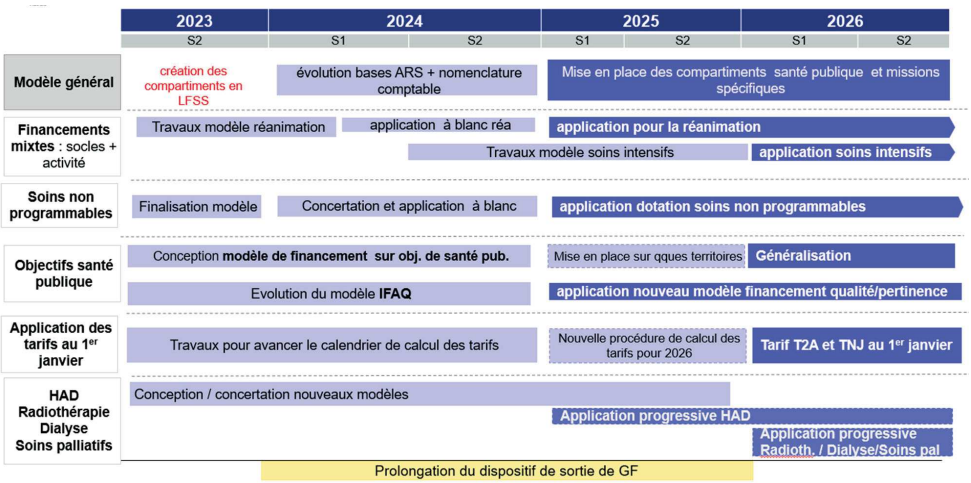
l'Amélioration de la Qualité), les contre-parties financières des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) des établissements de santé et le dispositif d'intéressement à la prescription par les établissements de médicaments biosimilaires. Il doit permettre à terme d'inclure les enjeux d'amélioration des parcours de soins des patients, ainsi que de prévention et promotion de la santé parmi les modalités de financement des établissements. Il conviendra de poursuivre les travaux visant à proposer des évolutions plus globales afin de rendre son caractère incitatif au financement à la qualité en évoluant vers un financement reposant plus sur des indicateurs de résultats et à explorer des modes de financement alternatifs des établissements de santé tenant davantage compte de la qualité, de la pertinence et de l'efficience des soins. Parallèlement, les dispositifs de responsabilité populationnelle des établissements de santé expérimentés dans certaines régions auront vocation en fonction des résultats de leurs évaluations à intégrer ce nouveau compartiment.

Le financement des activités de MCO reposant très largement sur la T2A a laissé moins de marge de manœuvre aux ARS pour leur mission de régulation de l'offre. En effet, le régime des autorisations ne porte pas sur le nombre de lits. Ainsi, une fois l'autorisation d'activité accordée par l'ARS, le mécanisme de la T2A donne aux établissements une large autonomie pour faire évoluer leur offre de soins. Avec la mise en place de financements mixtes qui réduisent la part de rémunération à l'activité, les ARS verront leurs outils de pilotage de l'offre de soins renforcés dans leur dimension financière.
De plus, les approches proposées pour les parcours des patients et le développement de démarches de prévention primaire s'inscriront nécessairement dans un cadre piloté par les ARS.

Plus généralement, le modèle de financement proposé est conçu pour que les actions prioritaires à mener et la définition des objectifs de santé publique à prioriser laissent une large marge de manœuvre aux ARS, au-delà des financements qui abondent le Fonds d'Intervention Régional (FIR).
A contrario, il importe que la transparence et la lisibilité de l'attribution des financements soient de nature à donner confiance aux acteurs, que les actions soient évaluées et la gestion par les ARS simplifiée.

La mesure proposée définit d'ores et déjà l'architecture du nouveau modèle de financement dont l'application se fera à compter du 1er janvier 2025. L'année 2024 sera mise à profit pour finaliser les travaux techniques (définition des modèles et simulations) ainsi qu'à la production des textes d'application nécessaires à l'entrée en vigueur pleine et entière de la réforme. L'année 2024 permettra également d'accompagner les différentes parties prenantes (principalement ARS et établissements de santé) dans l'appropriation du modèle de financement et de ses conséquences. A plus long terme, il conviendra d'associer également les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour que se généralisent les projets territoriaux de santé publique et qu'ainsi le compartiment « dotation sur objectifs de santé publique » puisse constituer progressivement une part structurante de la rémunération des établissements conformément aux vœux du président de la République.

La frise ci-dessous permet de détailler le calendrier des travaux et d'entrée en vigueur des différentes mesures prévues :



Au plan macro-économique, les réformes proposées conduisent, toutes choses égales par ailleurs, à une réduction de la part à l'activité dans le financement des établissements de santé et à une croissance des financements sur dotations. En l'état actuel des travaux, la part du financement à l'activité (tarifs des séjours, séances, consultations et actes externes) baisserait de 5 points dans le total des ressources « Assurance Maladie » des établissements de santé (ONDAM ES). Celle-ci passerait de 54 % à 49 % entre 2023 et 2026. Sur la période 2019-2026, la part des financements à l'activité baisserait ainsi de 8 points pour passer de 57 % à 49 %.

La traduction juridique de la mesure proposée repose au niveau législatif sur une réécriture partielle de la sous-section V du chapitre II du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale pour asseoir le nouveau modèle de financement reposant sur les 3 compartiments décrits supra.

Les différentes catégories juridiques d'établissements et les quatre différents champs des soins hospitaliers (MCO, psychiatrie, Soins de Longue Durée et Soins Médicaux et de Réadaptation) sont redéfinis dans un article (article L.162-22) prenant place dans la sous-section relative aux dispositions générales afin de traduire leur caractère transversal alors que ces dispositions sont aujourd'hui situées dans une sous-section propre aux activités MCO (article L.162-22-6).

Concernant le secteur MCO, il est proposé d'introduire un article (renvoyant au niveau réglementaire pour sa déclinaison) fondant le principe d'un financement des établissements selon trois compartiments : tarification à l'activité, dotations relatives à des objectifs de santé publique et dotations relatives à des missions spécifiques. Cela marque une sortie de la logique qui faisait jusqu'ici de l'activité le mode de financement principal et les dotations de simples dérogations au principe de tarification à l'activité MCO. Désormais les trois compartiments de financement seront mis sur le même plan, marquant leur égale importance dans l'équilibre général du modèle. La dotation MIGAC sera donc supprimée et intégrée aux dotations « Dotations relatives à des objectifs de santé publique » et « Dotations relatives à des missions spécifiques ».

Le compartiment « tarification à l'activité » réunira exclusivement les financements liés aux facturations à l'acte, au séjour ou à la séance. Toutes les dotations et forfaits annuels intègreront, selon leurs natures, le compartiment « Dotations relatives à des objectifs de santé publique » ou le compartiment « Dotation relatives à des missions spécifiques ».

Pour simplifier la gestion budgétaire des établissements de santé, il est prévu de fixer au 1er janvier (contre le 1er mars actuellement) la date d'application des tarifs nationaux de prestation à la charge de l'assurance maladie (séjours, séances et consultations) ainsi que celle des tarifs nationaux journaliers de prestation servant de base au calcul de la participation des assurés. Cette disposition prendra effet au 1er janvier 2026.

Les dispositions législatives existantes relatives aux activités « *qui nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé* » (article L162-22-8 du code de la sécurité sociale) seront ajustées et appliquées, au-delà des seuls forfaits annuels « greffes » et « prélèvements d'organes » à d'autres activités pour leur faire bénéficier de financements mixtes composés de tarifs et de dotations « socles » complémentaires. Ces dotations intègreront le compartiment « Dotation relatives à des missions spécifiques ».

Concernant le financement à la qualité, il est proposé une évolution dès le PLFSS pour 2024 : mettre fin à l'obligation de recourir à des mesures annuelles systématiques de l'ensemble des indicateurs (la Haute Autorité de Santé préconisant des mesures biannuelles pour certains indicateurs). Les autres évolutions prévues en 2024 sont de nature réglementaire (changer le poids du critère « certification HAS » et définir des seuils de qualité absolus pour déclencher les rémunérations plutôt que des positionnements relatifs entre établissements de même catégorie).

Par ailleurs, à l'identique des objectifs de dépense des champs psychiatrie et SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation), l'objectif de dépenses MCO (OD MCO) inclura tous les financements du champ MCO, y compris la dotation MIGAC qui constituait auparavant un sous-objectif distinct au sein de l'ONDAM ES.

La mesure proposée prévoit également la reconduction, pour 2024 et 2025, du principe d'un financement dérogatoire des établissements de santé, en renvoyant comme cela était prévu pour 2023 au niveau réglementaire, la définition des différents paramètres du dispositif. Ce financement dérogatoire permettra d'accompagner les établissements en difficulté pendant la phase de montée en charge de la réforme.

En effet, pour de nombreux établissements, le niveau d'activité reste inférieur à ce qu'il était avant la crise sanitaire. Cette disposition permettra de leur apporter une sécurité financière au titre des campagnes 2024 et 2025, en garantissant un niveau de ressources indispensable à la continuité des activités de soins, dans l'attente de l'entrée en vigueur et de la montée en charge du nouveau modèle de financement du champ MCO. Elle permet en outre de répondre aux préoccupations des établissements sur la visibilité de leurs ressources pendant la phase transitoire vers les modes de financements pérennes en cours de réforme.

En corolaire de la mesure proposée, l'expérimentation portant sur le financement des activités de médecine des établissements de santé prévue par l'article 57 de la loi n° 2020-1576 est devenue sans objet. Du fait de la crise sanitaire puis des dispositifs de sécurisation des financements, ce dispositif n'a pas été mis en œuvre. Il est donc proposé d'abroger cette base légale qui n'a jamais été utilisée.

Enfin, le dispositif de facturation de l'activité n'offre actuellement pas la souplesse nécessaire dans certaines situations comme, par exemple, les cyber-attaques, qui empêchent durablement les établissements concernés de transmettre leurs éléments de facturation. Il est proposé une disposition permettant au directeur général de l'ARS d'étendre le délai de transmission des données d'activité des établissements de santé au-delà d'un an lorsque la situation le justifie.

c) Autres options possibles

Une solution alternative pour répondre aux critiques formulées à l'encontre de la T2A aurait pu être un retour à un financement unique par dotation. Toutefois, pour les raisons évoquées ci-dessus s'agissant des effets positifs de la T2A et des limites d'un modèle de financement unique par dotation tel qu'il existait avant 2004, cette solution n'apparait pas opportune.

Une autre option aurait pu être de se limiter à un élargissement de la dotation MIGAC pour y intégrer une part de financement sur objectifs de santé publique. Il semble toutefois important que la réforme assoie clairement les 3 compartiments de financement (activité, santé publique et missions spécifiques). C'est la raison pour laquelle la mesure retenue supprime la dotation nationale MIGAC et crée 2 nouvelles dotations au sein de l'OD MCO au même niveau juridique que le dispositif de T2A.

L'Objectif de dépenses MCO (ODMCO) pourrait rester inchangé et exclure les dotations Santé Publique et Missions Spécifiques. Toutefois, un transfert progressif de la masse tarifaire vers ces dotations est prévu au cours des années à venir. Ce transfert ferait alors apparaître une évolution dégradée de l'OD MCO sans lien avec le niveau réel de financement du champ MCO. La volonté de mettre en place un financement équilibré entre activité et dotations pour le champ MCO rend légitime l'intégration des dotations au sein de l'OD MCO.

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

Cette mesure trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale pour les raisons suivantes :

- Cette mesure a un impact financier direct sur les dépenses de l'assurance maladie dès 2024 ;
- Cette mesure aura des conséquences directes sur la régulation de l'ONDAM. En effet, la baisse de la part des financements sous tarifs (par nature évaluative) au profit des financements par dotations renforcera la capacité des pouvoirs publics à respecter le sous-objectif Etablissement de santé de l'ONDAM et donc l'ONDAM dans son ensemble.

Enfin, il convient de souligner que les réformes de financement précédentes sont, depuis 2003, portées en loi de financement de la sécurité sociale : réforme T2A par la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ; réforme du financement du SSR par la loi n°2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et par la loi n°2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ; réforme du financement de la psychiatrie par la loi n°2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ; réforme de financement des urgences par la loi n°2020-1976 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Aussi cette mesure trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre des 1° et 4° de l'article LO-111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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) ?

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

a) Possibilité de codification

Code de la Sécurité Sociale

Articles créés : L162-22-1 ; L162-22-2 ; L162-22-3 ; L162-22-3-1 ; L162-22-3-2 ; L162-22-3-3 ; L162-22-4 ; L162-22-5 ; L162-22-5-1 ; L162-22-5-2 ; L162-22-5-3 ;

Articles modifiés : L133-4 ; L162-1-23 ; L162-1-24 ; L162-16-4-3 ; L162-16-6 ; L162-20-1 ; L162-21-2 ; L162-21-3 ; L162-22 ; L162-22-7 ; L162-22-7-3 ; L162-22-8-2 ; L162-22-8-3 ; L162-22-11-1 ; L162-22-15 ; L162-22-18 ; L162-22-19 ; L162-23 ; L162-23-3 ; L162-23-13 ; L162-23-13-1 ; L162-23-15 ; L162-23-16 ; L162-25 ; L162-26-1 ; L162-30-4 ; L162-31-1 ; L165-7 ; L165-11 ; L174-2-1 ; L174-15 ; L174-18

Code de la Santé Publique

Articles modifiés : L1111-3-4 ; L1121-16-1 ; L1125-15 ; L1126-14 ; L1434-8 ; L1435-4 ; L6111-4 ; L6113-9 ; L6113-11 ; L6114-2 ; L6114-4 ; L6131-2 ; L6131-5 ; L6132-5 ; L6133-2-1 ; L6133-6 ; L6133-8 ; L6141-5 ; L6144-1 ; L6145-1 ; L6145-4 ; L6161-2-2 ; L6161-3-1 ; L6161-9 ;

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Code de la Sécurité Sociale

Articles abrogés : L162-22-6 ; L162-22-6-2 ; L162-22-8 ; L162-22-8-1 ; L162-22-8-3 ; L162-22-9 ; L162-22-9-1 ; L162-22-10 ; L162-22-12, L162-22-13 ; L162-22-14 ; L162-23-14 ;

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette réforme vise notamment à créer un cadre de financement dédié aux actions de santé publique menées par les établissements. Elle s'accompagnera donc d'une nouvelle dynamique des financements de ce secteur.

Pour l'année 2024, en préfiguration de la future architecture de financement, cette réforme aura pour conséquence directe le développement de mesures dédiées à la coordination des parcours ainsi qu'aux dispositifs de prise en charge de populations vulnérables à hauteur de 12 M€. Le rythme de progression des dépenses induites par le nouveau modèle de financement dépendra pour les années suivantes des travaux techniques en cours et de la capacité des acteurs à se saisir des nouveaux leviers qui seront mis à leur disposition. Il est donc difficile de déterminer précisément l'évolution de ces nouvelles charges au-delà de l'année 2024.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS	0 €	-12 M€	-12 M€	-12 M€	-12 M€
- Maladie	0 €	-12 M€	- 12 M€	- 12M€	- 12M€
- AT-MP	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
- Famille	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
- Vieillesse	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
- Autonomie	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
(Autre : État, etc.)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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

a) impacts économiques

La mesure proposée aura des conséquences macro-économiques limitées car elle n'implique que des évolutions limitées des dépenses de santé. En revanche, les changements de modèles de financement qu'elle induit auront des conséquences au niveau de chaque établissement de santé (conséquences favorables ou défavorables). Chaque nouveau modèle de financement sera donc élaboré en étroite collaboration avec les fédérations sur la base de simulations précises.

b) impacts sociaux

Les impacts sociaux attendus par les mesures proposées sont de 3 ordres :

- Un pilotage plus efficace de l'offre de soins au bénéfice des territoires en difficulté ;
- Des nouvelles relations entre les citoyens et leur hôpital ;
- Une amélioration générale de l'état de santé de la population.

En créant un lien direct et automatique entre leur activité et leur financement, la T2A a donné une large autonomie aux établissements de santé et réduit la nécessité d'une intervention directe des pouvoirs publics pour assurer le pilotage de l'offre de soins. Les agences régionales de santé trouveront de nouvelles marges de manœuvre grâce à la montée en charge des financements par dotation. De plus, le calibrage des dotations régionales sur la base d'indicateurs populationnels permettra de réduire les inégalités de moyens entre régions. A titre d'exemple, le financement mixte « activité et dotation » prévu pour les soins critiques permettra de piloter, dans la durée, l'évolution de l'offre de soins sur chaque territoire pour les activités de réanimation et de soins intensifs.

De manière plus générale, en définissant la tarification à l'activité comme son mode de financement principal, notre système hospitalier avait établi le soin curatif comme le cœur de son activité au détriment des actions de prévention et des autres démarches de santé publique. La mesure proposée vise à établir un nouvel équilibre entre les sources de financement et, par conséquent, un nouvel équilibre entre les différentes activités des établissements de santé. Même si cela prendra du temps et nécessitera un accompagnement des professionnels à tous les niveaux, les relations entre les hôpitaux et les citoyens devraient progressivement changer de nature. L'hôpital restera le lieu où les personnes malades se font soigner. Mais l'hôpital deviendra également la structure qui contribue activement à ce que les personnes en bonne santé le restent et à ce que les personnes atteintes de maladies chroniques ne voient pas leur état se dégrader. De la même façon, les relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière ont vocation à évoluer vers des coopérations plus systématiques et plus structurées. C'est ainsi la place de l'hôpital dans la société qui devrait évoluer de façon importante.

Enfin, la volonté forte de développer de façon pérenne des démarches de santé publique adaptées à chaque territoire doit permettre d'améliorer l'état de santé général de la population. Le principe d'un financement sur objectif permettra d'évaluer systématiquement l'efficacité des actions entreprises et d'enclencher un mécanisme d'amélioration continue de la qualité des prises en charge.

- ***Impact sur les jeunes***

La tarification à l'activité est mal adaptée à la médecine pédiatrique. En effet, il s'agit d'une activité qui mobilise des professionnels infirmiers et aides-soignants très spécialisés tout en étant soumise à de fortes variations saisonnières. Un financement fondé exclusivement sur l'activité ne garantit pas de disposer des ressources suffisantes lors des épisodes épidémiques.

En mettant en place un financement « socle » pour les activités de soins critiques en pédiatrie et en néonatalogie, la mesure proposée contribuera, à terme, à garantir une offre adaptée en réanimation et soins intensifs sur l'ensemble du territoire. En réduisant le nombre de transferts interrégionaux, cette mesure permettra donc d'améliorer la prise en charge des enfants et des nouveau-nés lors des épidémies hivernales.

Les mesures proposées posent le cadre juridique qui permettra, à terme, une évolution du modèle de financement de la médecine pédiatrique. Ce modèle reste toutefois à construire avec les professionnels concernés.

Par ailleurs, les enfants et les jeunes adultes constituent une population privilégiée pour les actions de prévention. Cette population bénéficiera donc directement du développement des financements dédiés aux actions de santé publique.

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

Les prises en charge médicales spécialisées des personnes en situation de handicap sont principalement réalisées en milieu hospitalier. Or, ces prises en charge sont mal financées par la tarification à l'activité : à diagnostic et actes équivalents, une personne en situation de handicap mobilise des ressources hospitalières nettement plus importantes qu'une personne valide. Même s'il s'agit d'une mission à part entière du secteur hospitalier, ces ressources supplémentaires ne sont pas couvertes par les tarifs de la T2A.

La création d'un compartiment de financement des missions spécifiques et la possibilité ouverte de combiner un financement à l'activité et un financement par dotation permet d'envisager à terme un dispositif financier mieux adapté aux prises en charge des personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Directement ou indirectement, l'activité hospitalière est fortement productrice de déchets polluants et de gaz à effet de serre. Depuis plusieurs années, les établissements sont incités à faire évoluer leurs pratiques pour réduire leur impact environnemental. L'outil « Mon observatoire du Développement Durable » permet ainsi à chaque structure d'évaluer la maturité de sa démarche RSE (responsabilité sociétale des entreprises).

Si le changement de modèle de financement des établissements de santé n'a pas d'impact direct sur l'environnement, il est possible d'envisager la création d'une incitation financière au bénéfice des établissements qui sont résolument engagés dans une démarche RSE. Une réflexion générale sera engagée au dernier trimestre 2023 sur les évolutions possibles du modèle d'incitation à la qualité. Cette réflexion pourra prendre en considération la question de l'incitation à la responsabilité sociétale et environnementale.

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

Les mesures proposées n'ont pas de conséquences sur les assurés concernant le montant de leurs cotisations ou les charges administratives qui leur incombent.

L'introduction de financements mixtes permettra de mieux valoriser certaines activités indispensables qui nécessitent la mobilisation de moyens importants indépendamment du volume d'activité produit. La meilleure valorisation de ces activités de soins permettra d'assurer leur maintien sur les territoires et donc de garantir un accès de proximité aux assurés.

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

Le développement progressif des financements sur objectifs de santé publique déclinés par territoire aura les impacts suivants :

- Impacts sur les métiers en ARS (voire en CPAM) : de nouveaux profils seront nécessaires pour négocier avec les établissements les objectifs de santé publique de territoire et vérifier leur atteinte.
- Les modèles économiques associés nécessiteront des évolutions des systèmes d'information des établissements, des ARS, de la CNAM et de l'Atih.

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

La réforme du financement nécessitera des adaptations des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie et des structures publiques en charge de la valorisation et du financement des établissements de santé et pour les établissements eux-mêmes. La mise en œuvre de ces changements se fera à moyens constants.

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 en Conseil d'Etat seront nécessaires pour fixer les modalités d'application des présentes mesures, notamment celles relatives à la définition et à l'application du financement mixte prévu à l'article L. 162-22-5--2 et celles relatives aux modalités d'application des dispositions prévues pour les deux nouveaux compartiments de financement prévus aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-2.

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 nouvelle architecture de financement en 3 compartiments sera opérationnelle le 1er janvier 2025. A partir de cette date, la mise en œuvre des mesures par les caisses de Sécurité Sociale sera immédiate dès la publication des décrets en Conseil d'Etat.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des sessions d'information seront organisées à destination des organismes complémentaires et des représentants des usagers. Au-delà de la présentation générale de la réforme, il conviendra d'informer les organismes complémentaires des évolutions relatives aux assiettes servant de base à leur participation.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi dans le cadre des campagnes annuelles tarifaires des établissements de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 133-4 du code de la sécurité sociale après modification
I.-A.-En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation : 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. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ou des activités de télésurveillance médicale figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ; *Le reste sans changement*	I.-A.-En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation : 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. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1, ~~L. 162-22-6~~ **L. 162-22-3**, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ou des activités de télésurveillance médicale figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ; *Le reste sans changement*
Article L.162-1-23 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-1-23 du code de la sécurité sociale après modification**
III.-L'arrêté pris en application du II fixe, sur une base forfaitaire, le montant de la compensation financière versée à l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou, le cas échéant, au distributeur au détail ou à l'opérateur de télésurveillance médicale, dans des conditions précisées par voie réglementaire. Cette prise en charge anticipée pour l'indication considérée ne peut être cumulée avec un autre mode de prise en charge prévu aux articles L. 162-22-7, L. 162-52, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11, ni avec une prise en charge financière au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. *Le reste sans changement*	III.-L'arrêté pris en application du II fixe, sur une base forfaitaire, le montant de la compensation financière versée à l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou, le cas échéant, au distributeur au détail ou à l'opérateur de télésurveillance médicale, dans des conditions précisées par voie réglementaire. Cette prise en charge anticipée pour l'indication considérée ne peut être cumulée avec un autre mode de prise en charge prévu aux articles L. 162-22-7, L. 162-52, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11, ni avec une prise en charge financière au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article ~~L. 162-22-6~~ **L. 162-22-3**. *Le reste sans changement*
Article L.162-1-24 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-1-24 du code de la sécurité sociale après modification**
Tout acte innovant de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162-22-13 et conditionnée à la réalisation d'un recueil de données cliniques ou médico-économiques. La liste des actes qui bénéficient de cette prise en charge est décidée par le ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. *Le reste sans changement*	Tout acte innovant de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale **au titre des dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2** ~~*relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162-22-13*~~ et conditionnée à la réalisation d'un recueil de données cliniques ou médico-économiques. La liste des actes qui bénéficient de cette prise en charge est décidée par le ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. *Le reste sans changement*
Article L.162-16-4-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-16-4-3 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté, pour certains médicaments	I.-Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté, pour certains médicaments

inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 du présent code autres que les médicaments, un prix maximal de vente aux établissements de santé, dans au moins l'une des situations suivantes : *Le reste sans changement*	inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22-3** du présent code autres que les médicaments, un prix maximal de vente aux établissements de santé, dans au moins l'une des situations suivantes : *Le reste sans changement*
Article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale après modification**
III.-Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 dans les conditions fixées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. *Le reste sans changement*	III.-Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° des articles ~~*L. 162-22-6 et L. 162-23-1*~~ **L. 162-22-3 et L. 162-23-1** dans les conditions fixées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. *Le reste sans changement*
Article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale après modification**
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. 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 : 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 ;	I.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22**, 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 au d ~~*et e*~~ de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22**, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article ~~*L. 162-22-10*~~ **L. 162-22-3-1** 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. 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 : 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. IV.-Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français de sécurité sociale 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. V.-Les tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations prennent effet à compter du **1er mars** de l'année en cours.	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*~~ **L.162-22-3-1** 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*~~ **L.162-22** 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. IV.-Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français de sécurité sociale bénéficie d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés ~~*à l'article*~~ **aux articles** L. 162-22-7**, L. 162-22-7-3, L. 162-23-6 et L. 162-23-6-1**, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. V. -Les tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations prennent effet à compter du ~~*1er mars*~~ **1er janvier** de l'année ~~*en cours*~~.
Article L.162-21-2 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-21-2 du code de la sécurité sociale après modification**
Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ou dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article.	Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnées au 1° des articles ~~*L. 162-22-6 et L. 162-23-1*~~ **L. 162-22-3 et L. 162-23-1** ou dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article.
Article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale après modification**
Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un comité économique de l'hospitalisation publique et privée. Le comité est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. Au sein du comité, un protocole visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au	Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un comité économique de l'hospitalisation publique et privée. Le comité est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. Au sein du comité, un protocole visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au

montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents peut être signé entre l'Etat et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Le comité est également chargé du suivi et de l'application de ce protocole. Afin de remplir ses missions, le comité est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés. Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte le comité préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au II bis de l'article L. 162-22-10. Le comité est composé : 1° De représentants des services de l'Etat ; 2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ; 3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie. Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité sont définies par décret	montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents peut être signé entre l'Etat et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Le comité est également chargé du suivi et de l'application de ce protocole. Afin de remplir ses missions, le comité est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés. Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte le comité préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au II ~~*bis*~~ de ~~*l'article L. 162-22-10*~~ **L. 162-22-3-1**. Le comité est composé : 1° De représentants des services de l'Etat ; 2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ; 3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie. Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité sont définies par décret.
Article L. 162-22 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22 du code de la sécurité sociale après modification**
Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés : 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ; 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-19 ; 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ; 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1.	**Pour l'application des dispositions de la présente section, les établissements de santé sont classés selon les catégories définies ci-dessous :** **a) Les établissements publics de santé ;** **b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;** **c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;** **d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;** **e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.** **Les activités pour lesquelles les établissements de santé sont autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code**

	de la santé publique, sont financées selon les modalités suivantes : ~~*Les établissements de santé autorisés en application de l' sont financés :*~~ 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22-2** du présent code ; 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-19 ; 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ; 4° Pour les activités de soins ~~*de suite*~~ **médicaux** et de réadaptation, conformément à l'article ~~*L. 162-23-1*~~ **L.162-23-2**.
Article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale après modification**
Abrogé	**Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés au même article. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes à ces activités au titre des soins dispensés au cours de l'année. Le contenu de cet objectif est défini par décret.** **Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.** **Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.** **Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.**
Article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale après modification**
Abrogé	**Pour les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés aux a, b, c et d du même article sont financés par :** **1° des tarifs afférents aux prestations mentionnées à l'article L. 162-22-3 ;** **2° des dotations de financement relatives à des objectifs de santé publique mentionnées à l'article L. 162-22-4 ;** **3° des dotations de financement relatives à des missions spécifiques et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-5.**
Article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale après modification**
Abrogé	**Pour leur valorisation, les prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-2 font l'objet de tarifs nationaux.**

	Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, précise : **1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. La détermination de ces catégories et prestations tient compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients. Elle est opérée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;** **2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;** **3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.**
	Article L.162-22-3-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	I.- Chaque année l'Etat fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et conformément aux modalités prévues au même article, les éléments suivants : **1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;** **2° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-3-2.** **Ces éléments prennent effet le 1er janvier de l'année .** **Pour la détermination de ces éléments, il est tenu compte :** **de la part de l'objectif de dépenses affectée au financement des dotations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-2et des charges afférentes aux spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;** **des prévisions d'évolution de l'activité des établissements, qui peuvent être mesurées notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;** **Le cas échéant, des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique, pour déterminer en tout ou partie les tarifs nationaux des prestations.** **II.- 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 à l'article L. 162-22-1, l'Etat peut, après consultation du comité économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.**

	III.- Un décret détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. **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 sont fixés par l'Etat.**
	Article L.162-22-3-2 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	I.- Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception de ceux mentionnés au 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. **II.- 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. 162-22-3-1 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.**
	Article L.162-22-3-3 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	L'Etat fixe, dans le respect du montant de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1 et conformément aux modalités prévues au même article, le coefficient géographique s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception de ceux mentionnés au 2° de l'article L. 162-22-8-2, pour les 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. **Ces coefficients prennent effet le 1er janvier de l'année en cours.**
Article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale après modification**
Abrogé	**Les dotations relatives aux objectifs de santé publique mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement des actions visant à promouvoir, protéger et améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention, ou visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins. Elles comprennent notamment les financements définis à l'article L. 162-22-7-4, au 3° de l'article L. 162-22-8-2, à l'article L. 162-23-15 et ceux inscrits aux contrats prévus à l'article L. 162-30-2.** **Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'Etat.**
Article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale après modification**
Abrogé	**Les dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement :**

	1° De missions spécifiques à certains établissements, notamment de recherche, de formation et d'innovation ; **2° D'actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique ;** **3° Des prises en charge mentionnées aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 162-22-5-3 et au 1° de l'article L. 162-22-8-2. Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'Etat.**
Article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)** **Dispositions reprises aux articles L.162-22 et L.162-22-3**
Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants : a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ; b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ; e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d. Ce décret précise : 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ; 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à	~~*Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :*~~ ~~*a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;*~~ ~~*b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;*~~ ~~*c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;*~~ ~~*d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;*~~ ~~*e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.*~~ ~~*Ce décret précise :*~~ ~~*1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;*~~ ~~*2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;*~~ ~~*3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.*~~

facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ; 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.	
Article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-5-1 du code de la sécurité sociale (renuméroté nouveau)**
Afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1, à une rémunération forfaitaire.	Afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22-3**, L. 162-26 et L. 162-26-1 peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles ~~*L. 162-22-6, L. 162-26 et L. 162-26-1*~~, à une rémunération forfaitaire.
Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale après modification**
I. - L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments et des produits et prestations en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. *Le reste sans changement*	I. - L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° ~~*du même article*~~ **de l'article L. 162-22-3**, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments et des produits et prestations en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22**. *Le reste sans changement*
Article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale après modification**
Les médicaments qui bénéficient de la prise en charge mentionnée aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 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	Les médicaments qui bénéficient de la prise en charge mentionnée aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 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*~~ **L. 162-22-3**.
Article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-5-2 du code de la sécurité sociale après modification (renuméroté nouveau)**
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, certaines activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un forfait annuel ou d'un financement	~~*Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6,*~~ **C**ertaines activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d ~~*de*~~ **du même l'**article ~~*L. 162-22-6*~~ **,lorsqu'elles font l'objet de sujétions spécifiques qui ne peuvent être prises en compte par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1** ~~*et*~~ **ou** qui, par leur nature,

conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret.	nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un forfait annuel ou d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret**.**
Article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-5-3 du code de la sécurité sociale après modification (renuméroté nouveau)**
Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'Etat détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés, sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière. La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé.	Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé peuvent être financées ~~*selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10*~~ **par des forfaits**, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'Etat détermine ces modalités ~~*dérogatoires*~~ de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés, sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière. La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé.
Article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale après modification**
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 à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par : 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. Le directeur général 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 ; La répartition de la dotation populationnelle entre les régions a pour objectif de réduire progressivement les	~~*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 à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** du présent code est financée par : 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.*~~ Le directeur général 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 ; La répartition de la dotation populationnelle entre les régions a pour objectif de réduire progressivement les

inégalités dans l'allocation de ressources régionales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ; 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 ; Dans les établissements de santé mentionnés aux d et e du même article L. 162-22-6, pour les passages dans une structure des urgences non programmés et non suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement, ces recettes comprennent des forfaits et suppléments par patient, fixés dans les mêmes conditions et exclusifs de toute autre rémunération, destinés à rémunérer les consultations et les actes des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 intervenant dans le cadre de leur activité libérale et les actes des laboratoires de biologie médicale mentionnés à l'article L. 162-14 ; 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 ; 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13. Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	inégalités dans l'allocation de ressources régionales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ; 2° Des **tarifs de prestation** ~~*recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge*~~, **fixés** dans les conditions prévues au 1° **du I** de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22-3-1** ; Dans les établissements de santé mentionnés aux d et e ~~*du même article L. 162-22-6*~~ **de l'article L. 162-22**, pour les passages dans une structure des urgences non programmés et non suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement, ces recettes comprennent des forfaits et suppléments par patient, fixés dans les mêmes conditions et exclusifs de toute autre rémunération, destinés à rémunérer les consultations et les actes des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 intervenant dans le cadre de leur activité libérale et les actes des laboratoires de biologie médicale mentionnés à l'article L. 162-14 ; 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 ; 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13. Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-22-8-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-8-3 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)**
Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge.	~~*Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge.*~~
Article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)** **Dispositions reprises à l'article L. 162-22-2**
I. Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.	~~*I. Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.*~~ ~~*Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.*~~

Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année. II.- Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.	~~*Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.*~~ ~~*II. Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux*~~ *articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique*~~*. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à*~~ *l'article L. 6113-11 du code de la santé publique*~~*.*
Article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)** **Dispositions reprises à l'article L. 162-22-2**
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. 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. II.-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. 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-	~~*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.*~~ ~~*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.*~~ ~~*II. 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.*~~ ~~*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.*~~ ~~*Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.*~~

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. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	
Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)** **Dispositions reprises à l'article L. 162-22-3-1**
I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ; 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 ainsi que du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 ; 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° du présent I 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 ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis. II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie 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. 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	~~*I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :*~~ ~~*1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;*~~ ~~*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 ainsi que du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 ;*~~ ~~*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° du présent I 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 ;*~~ ~~*4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1.*~~ ~~*Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.*~~ ~~*II. La Caisse nationale de l'assurance maladie 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.*~~ ~~*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.*~~ ~~*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.*~~

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. 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. 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.	~~*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.*~~
Article L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale après modification**
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 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 : 1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ; 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 du présent code ; 3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients. La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte : a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ; b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.	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 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 : 1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au **1° du I de l'article** ~~*au I L. 162-22-10*~~ **L. 162-22-3-1** du présent code **;** 2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22**, 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 du présent code ; 3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients. La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte : a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ; b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.
Article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)**
L'Etat arrête le montant du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2, 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, minorée, le cas échéant, dans les	~~*L'Etat arrête le montant du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2, 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, minorée, le cas échéant, dans les conditions*~~

conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, de chaque établissement	~~définies au II de l'article L. 162-22-9-1, de chaque établissement~~
Article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)**
Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 3° de l'article LO 111-3-5, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique. Elle participe également au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional de santé, de ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de groupements hospitaliers de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du présent code, et de ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou encore de ceux correspondant à la mise en place des dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Cette dotation participe, en outre, au financement des activités concourant à la réalisation, par les pharmacies à usage intérieur et les établissements pharmaceutiques des établissements de santé habilités, des préparations hospitalières spéciales faisant l'objet d'une autorisation en application de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique. Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions	~~Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 3° de l'article LO 111-3-5, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique. Elle participe également au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional de santé, de ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de groupements hospitaliers de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du présent code, et de ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou encore de ceux correspondant à la mise en place des dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Cette dotation participe, en outre, au financement des activités concourant à la réalisation, par les pharmacies à usage intérieur et les établissements pharmaceutiques des établissements de santé habilités, des préparations hospitalières spéciales faisant l'objet d'une autorisation en application de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.~~ ~~Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.~~ ~~L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.~~ ~~Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.~~

d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements. Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.	
Article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)**
Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13. Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-22-15.	~~*Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.*~~ ~~*Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-22-15.*~~
Article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale après modification	**Article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale après modification**
Les forfaits et dotations mentionnés aux articles L. 162-22-6-2, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18. Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.	Les forfaits et dotations mentionnés aux articles ~~*L. 162-22-6-2, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14*~~ **L. 162-22-4 et L. 162-22-5** sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22**, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18. **Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire, le montant des dotations et des forfaits susmentionnés peut être versé directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.** Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en	I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés ~~*à l'article L. 162-22-6*~~ **au même article**. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en

fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.	fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.
Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.	Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.
Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.	Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.
II.-L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :	II.-L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :
1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités ;	1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités ;
2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de dotations complémentaires ;	2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de dotations complémentaires ;
3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.	3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.
III.-La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères sociaux et démographiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et de l'offre médico-sociale sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 ainsi que du projet régional de santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux.	III.-La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères sociaux et démographiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et de l'offre médico-sociale sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories d'établissements mentionnées à l'article ~~L. 162-22-6~~ **L.162-22** ainsi que du projet régional de santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux.
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.	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.
Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.	Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.
IV.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans	IV.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans

prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.	prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. **V. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22 sont fixés par l'Etat.**
Article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par : 1° Une dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale ; 2° Des dotations tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ; 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15, lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ; 4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 pour le financement des activités de recherche en psychiatrie. II.-Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'Etat pour chaque établissement. Ce montant est établi : 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers et de représentants des familles ainsi que des organisations nationales représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'Etat ; 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du même I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale liés à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités et, le cas échéant, à ses missions spécifiques ; 3° Pour la dotation mentionnée au 3° dudit I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ; 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du même I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	I.-Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés ~~à l'article L. 162-22-6~~**au même article** sont financées par : 1° Une dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale ; 2° Des dotations tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ; 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15, lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ; 4° Le cas échéant, des crédits issus ~~de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13~~ **de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-5** pour le financement des activités de recherche en psychiatrie. II.-Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'Etat pour chaque établissement. Ce montant est établi : 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers et de représentants des familles ainsi que des organisations nationales représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'Etat ; 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du même I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale liés à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités et, le cas échéant, à ses missions spécifiques ; 3° Pour la dotation mentionnée au 3° dudit I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ; 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du même I, dans les conditions prévues à l'article ~~L. 162-22-14~~ **L. 162-22-5.** Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-23 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-23 du code de la sécurité sociale après modification**

I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année. Il distingue les parts afférentes : 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ; 2° A la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8. *Le reste sans changement.*	I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés ~~*à l'article L. 162-22-6*~~**au même article**. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année. Il distingue les parts afférentes : 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ; 2° A la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8. *Le reste sans changement*
Article L.162-23-3 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-23-3 du code de la sécurité sociale après modification**
Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.	Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés ~~*à l'article L. 162-22-6*~~ **au même article** bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L.162-23-13 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-23-13 du code de la sécurité sociale après modification**
Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. *Le reste sans changement*	Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des articles ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22-3** et L. 162-23-1, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. *Le reste sans changement*
Article L.162-23-13-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-23-13-1 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-Sans préjudice des autres recours, tout établissement de santé confronté à un différend d'interprétation des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée,	I.-Sans préjudice des autres recours, tout établissement de santé confronté à un différend d'interprétation des règles de facturation des prises en charge de moins d'une journée, établies en application du 1° ~~*de l'article L. 162-22-6*~~ **de**

établies en application du 1° de l'article L. 162-22-6, peut solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation. *Le reste sans changement*	**l'article L. 162-22-3**, peut solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation. *Le reste sans changement*
Article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale après modification (abrogé)** **Rapport remplacé par l'annexe 6 au PLFSS**
Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur : 1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ; 1° bis Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés ; 2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements. 3° La valorisation des mises à disposition sans remboursement d'agents publics à des établissements publics de santé effectuées dans le cadre du II de l'article 42 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, du II de l'article 61-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou du II de l'article 49 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Est également détaillé le coût de ce dispositif pour les personnes publiques ayant mis ces agents à disposition des établissements publics de santé.	~~*Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :*~~ ~~*1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;*~~ ~~*1° bis Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés ;*~~ ~~*2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.*~~ ~~*3° La valorisation des mises à disposition sans remboursement d'agents publics à des établissements publics de santé effectuées dans le cadre du II de l'article 42 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, du II de l'article 61-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou du II de l'article 49 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Est également détaillé le coût de ce dispositif pour les personnes publiques ayant mis ces agents à disposition des établissements publics de santé.*~~

Article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale après modification
A. - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.	I. - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins~~, mesurés tous les ans par établissement~~. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.
II. - Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.	II. - Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, ~~pendant trois années~~ **sur trois mesures de résultat** consécutives un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.
Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.	Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.
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.	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.
Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté *pendant trois années consécutives* et propose des mesures d'accompagnement.	Lorsque, pour une ~~année~~ **mesure de résultat** donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté ~~*pendant trois années*~~ **sur trois mesures de résultat** consécutives et propose des mesures d'accompagnement.
L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique.	L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles **L. 6144-1 ou L. 6161-2-2** du code de la santé publique.
Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I.	Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I.
III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités	III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis ~~*annuellement*~~ par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités

de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs. Le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi ces indicateurs. Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.	de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs. Le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi ces indicateurs. ~~*Avant le 31 décembre de chaque année,*~~ **U**n arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, **détermine la période sur laquelle est recueilli chaque indicateur, qui ne peut être inférieure à un an,** fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.
Article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale après modification**
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, selon la catégorie d'établissements mentionnée à l'article L. 162-22-6 à laquelle il appartient, des besoins de santé de la population du territoire 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. *Le reste sans changement*	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*~~ **L. 162-22-3** 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, selon la catégorie d'établissements mentionnée à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** à laquelle il appartient, des besoins de santé de la population du territoire 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. *Le reste sans changement*
Article L. 162-25 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-25 du code de la sécurité sociale après modification**
Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte. Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1er janvier 2012.	Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte. Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. ~~*Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1er janvier 2012.*~~ **Dans les cas où un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22 fait face à un évènement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmissions des informations relatives à son activité prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être majoré proportionnellement à la durée et, le cas échéant, à l'intensité de l'incidence qu'a cet évènement sur la transmission des informations. Cette majoration, qui ne peut dépasser une période d'un an, est décidée par le**

	directeur général de l'agence régionale de santé en tenant compte des causes de l'événement.
Article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale après modification**
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Lorsqu'un établissement de santé mentionné au d de l'article L. 162-22-6 emploie des infirmiers exerçant en pratique avancée, les honoraires liés à l'activité réalisée par ces professionnels pour le compte de l'établissement, hors prestations d'hospitalisation, peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, dans la limite des tarifs fixés en application des mêmes articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1.	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Lorsqu'un établissement de santé mentionné au d de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** emploie des infirmiers exerçant en pratique avancée, les honoraires liés à l'activité réalisée par ces professionnels pour le compte de l'établissement, hors prestations d'hospitalisation, peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, dans la limite des tarifs fixés en application des mêmes articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1. **Lorsque l'intervention de ces professionnels est prise en charge dans le cadre de la rémunération forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-22-5-1, ces honoraires ne peuvent pas être facturés.**
Article L.162-30-4 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-30-4 du code de la sécurité sociale après modification**
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, et peut fixer 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	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*~~**. relevant du 2° de l'article L. 162-22-2.** 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, et peut fixer 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

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.	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*~~ **le montant de l'enveloppe régionale au titre des dotations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2.** 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.
Article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale après modification**
I.-Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.	I.-Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.
Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :	Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :
1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :	1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :
a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;	a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;	b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;	c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;
d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ou aux médicaments ;	d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ou aux médicaments ;
2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant :	2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant :
a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ;	a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ;
b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours	b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours

pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ; c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1. II.-Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin : 1° Aux dispositions suivantes : a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, 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. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ; *Le reste sans changement*	pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ; c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1. II.-Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin : 1° Aux dispositions suivantes : a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, ~~*L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, 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. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 162-22-5-3,** L. 162-22-15, L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ; *Le reste sans changement*
Article L.165-7 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.165-7 du code de la sécurité sociale après modification**
Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3. Les produits qui bénéficient de la prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 et dont l'utilisation a lieu 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, sur la base du montant de la facture et dans la limite de la compensation mentionnée au II de l'article L. 165-1-5.	Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées ~~*au 1° de l'article L. 162-22-6*~~ **à l'article L. 162-22-3** dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3. Les produits qui bénéficient de la prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 et dont l'utilisation a lieu 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*~~ **L. 162-22-3**, sur la base du montant de la facture et dans la limite de la compensation mentionnée au II de l'article L. 165-1-5.

Article L.165-11 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.165-11 du code de la sécurité sociale après modification
I. — L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1.	I. — L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article ~~L. 162-22-6~~ **L. 162-22** des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article ~~L. 162-22-6~~ **L. 162-22-3** et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1.
II. — Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes :	II. — Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article ~~L. 162-22-6~~ **L. 162-22-3**, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes :
1° La validation de leur efficacité clinique ;	1° La validation de leur efficacité clinique ;
2° La définition de spécifications techniques particulières ;	2° La définition de spécifications techniques particulières ;
3° L'appréciation de leur efficience au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.	3° L'appréciation de leur efficience au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.
Le reste sans changement	*Le reste sans changement*

Article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale après modification
La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.	La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° des articles ~~L. 162-22-6~~ **L.162-22-3** et L. 162-23-1 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.
Le reste sans changement	*Le reste sans changement*

Article L. 174-15 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 174-15 du code de la sécurité sociale après modification
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. 162-16-6, 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. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26.	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. 162-16-6, L. 162-21-1, **L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-3-2, L. 162-22-3-3, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2,** ~~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. 162-22-13, L. 162-22-14,~~ L. 162-22-15 et L. 162-26.
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.	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.
Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité	Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité

sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. Sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° 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. 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. Le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-8-2 est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. 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. 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. 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. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. 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.	sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. Sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° 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. 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*~~ **L. 162-22** sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° ~~*de l'article L. 162-22*~~ **du même article,** exercées par le service de santé des armées. Le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-8-2 est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. 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. 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*~~ **L. 162-22-1**. 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. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. 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.
Article L. 174-18 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 174-18 du code de la sécurité sociale après modification**
Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime. *Le reste sans changement*	Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22**, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime. *Le reste sans changement*
Article L.1111-3-4 code de la santé publique avant modification	**Article L.1111-3-4 du code de la santé publique après modification**
Les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ne peuvent facturer au patient que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du	Les établissements ~~*publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6*~~ **de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22** du code de la sécurité sociale ne peuvent facturer au patient que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus ~~*au*~~

même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées. Les professionnels de santé liés par l'une des conventions mentionnés à l'article L. 162-14-1 dudit code et les services de santé liés par une convention avec un organisme national ou local assurant la gestion des prestations maladie et maternité des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne peuvent facturer que les frais correspondant à la prestation de soins assurée et ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins.	~~*2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6*~~ **aux articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1** du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées. Les professionnels de santé liés par l'une des conventions mentionnés à l'article L. 162-14-1 dudit code et les services de santé liés par une convention avec un organisme national ou local assurant la gestion des prestations maladie et maternité des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne peuvent facturer que les frais correspondant à la prestation de soins assurée et ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins.
Article L.1121-16-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L.1121-16-1 du code de la santé publique après modification**
III.-Les caisses d'assurance maladie prennent en charge les produits faisant l'objet de recherches à finalité non commerciale dans les conditions suivantes : 1° Les médicaments expérimentaux ou auxiliaires autorisés, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 ou sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa ou au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ainsi que les produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code, lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une recherche à finalité non commerciale autorisée dans les conditions ouvrant droit au remboursement ; *Le reste sans changement.*	III.-Les caisses d'assurance maladie prennent en charge les produits faisant l'objet de recherches à finalité non commerciale dans les conditions suivantes : 1° Les médicaments expérimentaux ou auxiliaires autorisés, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 ou sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa ou au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ainsi que les produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L.162-22-3** du même code, lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une recherche à finalité non commerciale autorisée dans les conditions ouvrant droit au remboursement ; *Le reste sans changement.*
Article L.1125-15 du code de la santé publique avant modification	**Article L.1125-15 du code de la santé publique après modification**
III.-Les caisses d'assurance maladie prennent en charge les dispositifs médicaux faisant l'objet d'investigations cliniques à finalité non commerciale dans les conditions suivantes : 1° Les dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code, lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une investigation clinique à finalité non commerciale autorisée dans les conditions ouvrant droit au remboursement ; *Le reste sans changement.*	III.-Les caisses d'assurance maladie prennent en charge les dispositifs médicaux faisant l'objet d'investigations cliniques à finalité non commerciale dans les conditions suivantes : 1° Les dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L.162-22-3** du même code, lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une investigation clinique à finalité non commerciale autorisée dans les conditions ouvrant droit au remboursement ; *Le reste sans changement.*
Article L.1126-14 du code de la santé publique avant modification	**Article L.1126-14 du code de la santé publique après modification**
III.-Les caisses d'assurance maladie prennent en charge les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro faisant l'objet d'études des performances à finalité non commerciale dans les conditions suivantes :	III.-Les caisses d'assurance maladie prennent en charge les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro faisant l'objet d'études des performances à finalité non commerciale dans les conditions suivantes :

1° Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou pris en charge au titre de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du même code ou des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 de ce code, lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une étude des performances à finalité non commerciale autorisée dans les conditions ouvrant droit au remboursement ; *Le reste sans changement.*	1° Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou pris en charge au titre de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du même code ou des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article ~~L. 162-22-6~~ **L.162-22-3** de ce code, lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une étude des performances à finalité non commerciale autorisée dans les conditions ouvrant droit au remboursement ; *Le reste sans changement.*
Article L.1434-8 du code de la santé publique avant modification	**Article L.1434-8 du code de la santé publique après modification**
I.-Les moyens alloués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux. II.-Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, de services ou de prestations autres que ceux mentionnés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code. En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.	I.-Les moyens alloués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux. II.-Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, de services ou de prestations autres que ceux mentionnés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code. En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles ~~L. 162-22-9~~ **L.162-22-1**, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.
Article L.1435-4 du code de la santé publique avant modification	**Article L.1435-4 du code de la santé publique après modification**
L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou dispositifs d'appui à la coordination ou dispositifs spécifiques régionaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de	L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou dispositifs d'appui à la coordination ou dispositifs spécifiques régionaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de

l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le dispositif d'appui à la coordination ou le dispositif spécifique régional concerné. Les contrats visés au premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.	l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le dispositif d'appui à la coordination ou le dispositif spécifique régional concerné. Les contrats visés au premier alinéa sont conformes à des contrats-types nationaux. Ces contrats-types sont adoptés, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; ils sont adoptés, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence d'un contrat-type national, l'agence régionale de santé établit un contrat-type régional qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions précitées et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.
La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.	La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et ~~*la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13*~~ **les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4** du code de la sécurité sociale**.**
L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.	L'agence régionale de santé veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.
Article L.6111-4 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6111-4 du code de la santé publique après modification**
Le chapitre Ier, les sections 2 et 3 du chapitre II et le chapitre III du titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles sont applicables aux établissements de santé publics ou privés mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale autorisés à dispenser des soins de longue durée ou de psychiatrie et qui hébergent, dans ce cadre, un nombre de personnes excédant un seuil défini par décret.	Le chapitre Ier, les sections 2 et 3 du chapitre II et le chapitre III du titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles sont applicables aux établissements de santé publics ou privés mentionnés aux a, b et c de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L.162-22** du code de la sécurité sociale autorisés à dispenser des soins de longue durée ou de psychiatrie et qui hébergent, dans ce cadre, un nombre de personnes excédant un seuil défini par décret.
Toutefois, pour leur application à ces établissements :	Toutefois, pour leur application à ces établissements :
1° Les droits des usagers sont ceux prévus par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la première partie du présent code ;	1° Les droits des usagers sont ceux prévus par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la première partie du présent code ;
2° Les références faites, dans l'article L. 472-5 du code de l'action sociale et des familles, aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 et, dans les articles L. 472-6, L. 472-9 et L. 473-2 à L. 473-4 du même code, aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils sont publics, sont remplacées par la référence aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale qui dispensent avec hébergement des soins de longue durée ou de psychiatrie.	2° Les références faites, dans l'article L. 472-5 du code de l'action sociale et des familles, aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 et, dans les articles L. 472-6, L. 472-9 et L. 473-2 à L. 473-4 du même code, aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils sont publics, sont remplacées par la référence aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L.162-22** du code de la sécurité sociale qui dispensent avec hébergement des soins de longue durée ou de psychiatrie.

Article L.6113-9 du code de la santé publique avant modification	Article L.6113-9 du code de la santé publique après modification
Les informations relatives aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont transmises aux agences régionales de santé par les organismes d'assurance maladie.	Les informations relatives aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité dans les établissements mentionnés au d de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** du code de la sécurité sociale sont transmises aux agences régionales de santé par les organismes d'assurance maladie.
Article L.6113-11 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6113-11 du code de la santé publique après modification**
Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux a à d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Ces études portent sur des champs d'activité définis par décret en Conseil d'Etat. La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'Etat.	Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux a à d de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** du code de la sécurité sociale. Ces études portent sur des champs d'activité définis par décret en Conseil d'Etat. La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'Etat.
Article L.6114-2 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6114-2 du code de la santé publique après modification**
Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les objectifs stratégiques des établissements de santé sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional de santé défini à l'article L. 1434-3 ou du schéma interrégional mentionné au 2° de l'article L. 1434-6. Ces objectifs stratégiques concernent le positionnement territorial de l'établissement et le pilotage interne de l'établissement. Le contrat peut également déterminer d'autres objectifs stratégiques en lien avec les missions des établissements de santé définies aux articles L. 6111-1 à L. 6111-7. Chaque objectif est assorti d'un indicateur unique. Les contrats précisent les engagements des établissements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale.	Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les objectifs stratégiques des établissements de santé sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional de santé défini à l'article L. 1434-3 ou du schéma interrégional mentionné au 2° de l'article L. 1434-6. Ces objectifs stratégiques concernent le positionnement territorial de l'établissement et le pilotage interne de l'établissement. Le contrat peut également déterminer d'autres objectifs stratégiques en lien avec les missions des établissements de santé définies aux articles L. 6111-1 à L. 6111-7. Chaque objectif est assorti d'un indicateur unique. Les contrats précisent les engagements des établissements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par ~~*la dotation prévue à l'article L. 162-22-14*~~ **les dotations prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5** du code de la sécurité sociale.
Article L.6114-4 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6114-4 du code de la santé publique après modification**
Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 du même code. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles relatives	Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs de prestations mentionnées au 1° de l'article ~~*L. 162-22-1*~~ **L. 162-22-3** dans le respect des dispositions des articles ~~*L. 162-22-2 à L. 162-22-5*~~ **L. 162-22-3-1 à L. 162-22-3-3** du même code. Sans préjudice des dispositions de l'article L.

aux compétences des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale, les litiges relatifs à l'application de ces stipulations sont portés devant les tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.	351-1 du code de l'action sociale et des familles relatives aux compétences des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale, les litiges relatifs à l'application de ces stipulations sont portés devant les tribunaux judiciaires spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.
Article L.6131-2 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6131-2 du code de la santé publique après modification**
Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé :	Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé :
1° De conclure une convention de coopération ;	1° De conclure une convention de coopération ;
2° De créer un groupement de coopération sanitaire, un groupement d'intérêt public ou une fédération médicale inter-hospitalière prévue à l'article L. 6135-1 ;	2° De créer un groupement de coopération sanitaire, un groupement d'intérêt public ou une fédération médicale inter-hospitalière prévue à l'article L. 6135-1 ;
3° De prendre une délibération tendant à la fusion des établissements concernés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-1.	3° De prendre une délibération tendant à la fusion des établissements concernés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-1.
Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.	Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.
Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public, un groupement de coopération sanitaire ou une fédération médicale inter-hospitalière. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat.	Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations ~~*de financement*~~ mentionnées ~~*à l'article L. 162-22-13*~~ **aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5** du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public, un groupement de coopération sanitaire ou une fédération médicale inter-hospitalière. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat.
Article L.6131-5 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6131-5 du code de la santé publique après modification**
Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation	Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. ~~*Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée aux articles L. 162-22-19 ou L. 174-1 du même code.*~~ **Il peut réduire en**

annuelle de financement mentionnée aux articles L. 162-22-19 ou L. 174-1 du même code.	**conséquence le montant des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-19, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale.**
Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration, et modifie en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses.	Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration, et modifie en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses.
A défaut de modification de l'état des prévisions de recettes et de dépenses dans un délai fixé par décret, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration. Il arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.	A défaut de modification de l'état des prévisions de recettes et de dépenses dans un délai fixé par décret, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration. Il arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.
Article L.6132-5 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6132-5 du code de la santé publique après modification**
II.-L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire. *Le reste sans changement.*	II.-L'attribution des ~~*dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13*~~ **dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5** du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire. *Le reste sans changement.*
Article L.6133-2-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6133-2-1 du code de la santé publique après modification**
Lorsque, en application de l'article L. 6223-2, un laboratoire de biologie médicale est exploité sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire, ce groupement peut facturer, aux tarifs des actes de biologie médicale fixés en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale, les examens de biologie médicale réalisés en dehors du cadre des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 et dans le cadre des consultations et actes externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du même code.	Lorsque, en application de l'article L. 6223-2, un laboratoire de biologie médicale est exploité sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire, ce groupement peut facturer, aux tarifs des actes de biologie médicale fixés en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale, les examens de biologie médicale réalisés en dehors du cadre des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22-3** et dans le cadre des consultations et actes externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du même code.
Article L.6133-6 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6133-6 du code de la santé publique après modification**
Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé des hôpitaux des armées et des autres éléments du service de santé des armées ainsi que des centres de santé membres du groupement et les personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales	Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé des hôpitaux des armées et des autres éléments du service de santé des armées ainsi que des centres de santé membres du groupement et les personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales

au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé et, le cas échéant, des hôpitaux des armées, membres du groupement et participer à la permanence des soins.	au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé et, le cas échéant, des hôpitaux des armées, membres du groupement et participer à la permanence des soins.
Les personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral, qui assurent des prestations médicales au bénéfice d'un patient pris en charge par un établissement public de santé membre du groupement, sont rémunérées par cet établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque ces personnes participent à la permanence des soins, elles peuvent être rémunérées forfaitairement dans des conditions définies par voie réglementaire.	Les personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral, qui assurent des prestations médicales au bénéfice d'un patient pris en charge par un établissement public de santé membre du groupement, sont rémunérées par cet établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque ces personnes participent à la permanence des soins, elles peuvent être rémunérées forfaitairement dans des conditions définies par voie réglementaire.
Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 du code de la sécurité sociale sont supportées par l'établissement de santé concerné.	Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par ~~*des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6*~~ **des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22** et à l'article L. 162-22-16 du code de la sécurité sociale sont supportées par l'établissement de santé concerné.
Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.	Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par ~~*les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6*~~ **des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22** et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L.162-22** du même code, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.
Les professionnels médicaux libéraux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 640-1 du même code.	Les professionnels médicaux libéraux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 640-1 du même code.
Article L.6133-8 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6133-8 du code de la santé publique après modification**
Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.	Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.
Toutefois, lorsque l'activité exercée relève du 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) n'est pas applicable au financement du groupement, à l'exception du I, hormis le quatrième alinéa, et du II de cet article.	Toutefois, lorsque l'activité exercée relève du 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) n'est pas applicable au financement du groupement, à l'exception du I, hormis le quatrième alinéa, et du II de cet article.

Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au d du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c du même article, soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au d du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.	Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux a, b ou c de l'article ~~L. 162-22-6~~ **L.162-22** du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au d du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c du même article, soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au d du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.
Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code, la rémunération des personnes physiques ou morales exerçant la profession de médecin à titre libéral est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin ou à la personne morale est réduit d'une redevance correspondant aux moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.	Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code, la rémunération des personnes physiques ou morales exerçant la profession de médecin à titre libéral est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article ~~L. 162-22-6~~ **L.162-22** du même code. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin ou à la personne morale est réduit d'une redevance correspondant aux moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.
Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au d du même article L. 162-22-6, la rémunération des personnes physiques ou morales exerçant la profession de médecin est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral ou à la personne morale exerçant la profession de médecin à titre libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.	Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au d du même article ~~L. 162-22-6~~ **L.162-22**, la rémunération des personnes physiques ou morales exerçant la profession de médecin est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral ou à la personne morale exerçant la profession de médecin à titre libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.
Article L.6141-5 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6141-5 du code de la santé publique après modification**
Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté. Les dispositions des titres Ier, III et du présent titre sont adaptées par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du titre II ne leur sont pas applicables.	Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté. Les dispositions des titres Ier, III et du présent titre sont adaptées par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du titre II ne leur sont pas applicables.
Le ministre de la justice affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier.	Le ministre de la justice affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier.
Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans	Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans

les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. Les compétences de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles L. 6114-1, L. 6143-3, L. 6143-3-1, L. 6143-4 et L. 6145-1 à L. 6145-5 du présent code et à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale sont, en ce qui concerne ces établissements, exercées conjointement par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé.	les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. Les compétences de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles L. 6114-1, L. 6143-3, L. 6143-3-1, L. 6143-4 et L. 6145-1 à L. 6145-5 du présent code et ~~*à l'article L. 162-22-13*~~ **aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5** du code de la sécurité sociale sont, en ce qui concerne ces établissements, exercées conjointement par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé.
Article L.6144-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6144-1 du code de la santé publique après modification**
Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers . Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret. L'établissement public de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.	Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement élabore la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement. Elle participe à leur mise en œuvre. Elle contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers . Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret. L'établissement public de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des ~~*dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13*~~ **dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4** du code de la sécurité sociale. Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.
Article L.6145-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6145-1 du code de la santé publique après modification**
L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au I° du I de l'article L. 162-22-10 et au 1° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et	L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au I° du I de l'article ~~*L. 162-22-10*~~ **L.162-22-3-1** et au 1° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux

produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code, des forfaits annuels prévus aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 du même code, des prestations prévues aux II et IV de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16, L. 162-22-19, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7.	des médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code, des forfaits annuels prévus aux articles ~~*L. 162-22-8*~~ **L.162-22-5-2** et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du même code, ~~*de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14*~~ **des dotations prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5** et L. 162-23-8 du même code, des prestations prévues aux II et IV de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16, L. 162-22-19, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7.
Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement fixe, après concertation avec le directoire, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé.	Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement fixe, après concertation avec le directoire, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé.
Si le directeur ne fixe pas un nouvel Etat ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-2.	Si le directeur ne fixe pas un nouvel Etat ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-2.
Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions.	Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions.
Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé selon des modalités fixées par voie réglementaire.	Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé selon des modalités fixées par voie réglementaire.
Article L.6145-4 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6145-4 du code de la santé publique après modification**
I.-Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 ou au 1° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé demande aux directeurs des établissements de modifier leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :	I.-Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1° du I de l'article ~~*L. 162-22-10*~~ **L. 162-22-3-1** ou au 1° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé demande aux directeurs des établissements de modifier leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :

1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ; 2° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et au II de l'article L. 162-23-8 du même code ; 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code ; 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code ; 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. *Le reste sans changement.*	1° Une modification des éléments mentionnés ~~*aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10*~~ **aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-22-3-1** du code de la sécurité sociale ; 2° Une modification ~~*de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14*~~ **des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5** et au II de l'article L. 162-23-8 du même code ; 3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code ; 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code ; 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. *Le reste sans changement.*
Article L.6161-2-2 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6161-2-2 du code de la santé publique après modification**
II.-Les établissements de santé rendent publics, chaque année, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect de l'obligation prévue au premier alinéa du présent II, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6161-11. *Le reste sans changement.*	II.-Les établissements de santé rendent publics, chaque année, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect de l'obligation prévue au premier alinéa du présent II, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des ~~*dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13*~~ **dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4** du code de la sécurité sociale, dans des conditions définies par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6161-11. *Le reste sans changement.*
Article L.6161-3-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6161-3-1 du code de la santé publique après modification**
Les règles relatives à l'organisation financière des établissements publics de santé sont applicables aux établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé ou des dispositions du code de la santé publique qui leur sont spécifiques, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	Les règles relatives à l'organisation financière des établissements publics de santé sont applicables aux établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** du code de la sécurité sociale, sous réserve des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé ou des dispositions du code de la santé publique qui leur sont spécifiques, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L.6161-9 du code de la santé publique avant modification	**Article L.6161-9 du code de la santé publique après modification**
Un établissement de santé mentionné aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peut être	Un établissement de santé mentionné aux b et c de l'article ~~*L. 162-22-6*~~ **L. 162-22** du code de la sécurité sociale

admis par le directeur général de l'agence régionale de santé à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions telles que définies à l'article L. 6111-1 ainsi que, sous réserve pour l'établissement d'être habilité à assurer le service public hospitalier, celle définie à l'article L. 6112-1 du présent code. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, minorés d'une redevance. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.	peut être admis par le directeur général de l'agence régionale de santé à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions telles que définies à l'article L. 6111-1 ainsi que, sous réserve pour l'établissement d'être habilité à assurer le service public hospitalier, celle définie à l'article L. 6112-1 du présent code. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, minorés d'une redevance. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.
Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux activités et missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3.	Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux activités et missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3.
Ils sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement qui a recours à eux dans les conditions prévues au présent article.	Ils sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement qui a recours à eux dans les conditions prévues au présent article.
Par dérogation au 4° du I de l'article L. 6112-2, les professionnels médicaux libéraux ayant conclu un contrat avec les établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 qui, à la date de promulgation de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, pratiquent des honoraires ne correspondant pas aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale sont autorisés à facturer des dépassements de ces tarifs. Ces professionnels médicaux libéraux fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.	Par dérogation au 4° du I de l'article L. 6112-2, les professionnels médicaux libéraux ayant conclu un contrat avec les établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 qui, à la date de promulgation de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, pratiquent des honoraires ne correspondant pas aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale sont autorisés à facturer des dépassements de ces tarifs. Ces professionnels médicaux libéraux fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.
Article 35 de la loi n°2019-1446 avant modification	**Article 35 de la loi n°2019-1446 après modification**
VI.-Sont affectés d'un coefficient de transition les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient :	VI.-Sont affectés d'un coefficient de transition les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient :
1° A compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 28 février 2026, pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code et pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code ;	~~*1° A compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 28 février 2026, pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code et pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code ;*~~ **1° A compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° du même article et pour l'ensemble des établissements mentionnés à l'article L. 162-22 exerçant des activités mentionnées au 2° de cet article ;**
2° A compter du 1er juillet 2023 et au plus tard jusqu'au 28 février 2026, pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du même code exerçant des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.	~~*2° A compter du 1er juillet 2023 et au plus tard jusqu'au 28 février 2026, pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du même code exerçant des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.*~~
Ce coefficient de transition est calculé pour chaque établissement afin de tenir compte des conséquences, sur ses recettes, de l'application de la tarification nationale journalière des prestations définie à l'article L. 162-20-1 du	

même code en comparaison de la tarification journalière des prestations appliquée dans l'établissement concerné. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les modalités de calcul du coefficient de transition ainsi que, pour chaque année de la période concernée, le taux national de convergence des tarifs journaliers des prestations servant au calcul des coefficients de transition des établissements de santé concernés. La valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations de chaque établissement en découlant sont fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Pour les activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22, les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2022, à compter du 1er janvier 2022 et jusqu'au 28 février 2023 et, pour les années 2023,2024 et 2025, à compter du 1er mars de l'année en cours. Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2023, à compter du 1er juillet et jusqu'au 28 février 2025 et, pour l'année 2025, à compter du 1er mars jusqu'au 28 février 2026. Pour les hôpitaux d'instruction des armées, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et le ministre de la défense sont compétents pour fixer la valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations. Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er janvier 2026. Les modalités d'application du coefficient de transition sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.	**2° A compter du 1er juillet 2023 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22 du même code exerçant des activités mentionnées au 4° de cet article.** Ce coefficient de transition est calculé pour chaque établissement afin de tenir compte des conséquences, sur ses recettes, de l'application de la tarification nationale journalière des prestations définie à l'article L. 162-20-1 du même code en comparaison de la tarification journalière des prestations appliquée dans l'établissement concerné. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les modalités de calcul du coefficient de transition ainsi que, pour chaque année de la période concernée, le taux national de convergence des tarifs journaliers des prestations servant au calcul des coefficients de transition des établissements de santé concernés. La valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations de chaque établissement en découlant sont fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Pour les activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22, les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2022, à compter du 1er janvier 2022 et jusqu'au 28 février 2023 et, pour les années 2023,2024 et 2025, à compter du 1er mars de l'année en cours. Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2023, à compter du 1er juillet ~~*et jusqu'au 28 février 2025 et, pour l'année 2025, à compter du 1er mars jusqu'au 28 février 2026*~~ **et jusqu'au 29 février 2024 et, pour les années 2024 et 2025, à compter du 1er mars de l'année en cours**. Pour les hôpitaux d'instruction des armées, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et le ministre de la défense sont compétents pour fixer la valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations. Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er janvier 2026. Les modalités d'application du coefficient de transition sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.
Article 57 de la LFSS pour 2021 avant modification	**Article 57 de la LFSS pour 2021 après modification (abrogé)**
I. - A compter du 1er janvier 2022 et pour la durée de l'expérimentation prévue au II du présent article, 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 même code, qui en font la demande bénéficient, par dérogation au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle. La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. 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 au cours d'une année de référence arrêtée par les ministres chargés de la	~~*I. - A compter du 1er janvier 2022 et pour la durée de l'expérimentation prévue au II du présent article, 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 même code, qui en font la demande bénéficient, par dérogation au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle.*~~ ~~*La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*~~ ~~*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 au cours d'une année de référence arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les modalités de modification*~~

santé et de la sécurité sociale. Les modalités de modification de cette année de référence sont fixées par arrêté des mêmes ministres. Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisés au sein de l'établissement concerné durant l'année en cours tiennent compte de la dotation socle. Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret. 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, est mise en œuvre pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent II, qui ne peut être postérieure au 31 mars 2022. Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé : 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 ; 2° A l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade. 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. Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026. 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 participe à l'expérimentation prévue au II.	~~de cette année de référence sont fixées par arrêté des mêmes ministres.~~ ~~Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisés au sein de l'établissement concerné durant l'année en cours tiennent compte de la dotation socle.~~ ~~Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret.~~ ~~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, est mise en œuvre pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent II, qui ne peut être postérieure au 31 mars 2022.~~ ~~Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé :~~ ~~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 ;~~ ~~2° A l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.~~ ~~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.~~ ~~Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.~~ ~~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 participe à l'expérimentation prévue au II.~~
Article 44 de la LFSS pour 2023 avant modification	**Article 44 de la LFSS pour 2023 après modification**
Entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2023, par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, à titre transitoire, d'un mécanisme de soutien de leurs recettes versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, déterminé en tenant notamment compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement. Les modalités de détermination du niveau de ce soutien ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	Entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre ~~2023~~ **2025**, par dérogation ~~aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1~~ **aux articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1** du code de la sécurité sociale, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, à titre transitoire, d'un mécanisme de soutien de leurs recettes versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, déterminé en tenant notamment compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement. Les modalités de détermination **du périmètre et** du niveau de ce soutien ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 24 – Régulation permanence des soins dentaires et modalités de fixation des rémunérations de la permanence des soins effectuée par les sages-femmes et auxiliaires médicaux

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à permettre aux chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la permanence des soins dentaires dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU-Centre 15 mentionnés à l'article L. 6311-2 du code de la santé publique, et d'assurer la régulation des appels relevant de l'odontologie dans les locaux du SAMU-Centre 15.

Elle sera complétée par un décret en Conseil d'Etat organisant la régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires. Un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes sera également nécessaire pour prévoir le principe d'une régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires, la mise en place d'une régulation dans les SAMU-Centre 15 et par conséquent un nouveau forfait de régulation au tarif horaire unique sur l'ensemble du territoire.

La mesure prévoit également que la rémunération forfaitaire de la participation à la permanence des soins n'est fixée par les Agences régionales de santé que pour les médecins, celle des autres professionnels de santé devant être fixée par voie conventionnelle. Cette fixation par voie conventionnelle permettra d'assurer une égalité des rémunérations sur le territoire et de simplifier les circuits de paiement.

b) Autres options possibles

L'alternative consisterait à laisser la situation actuelle inchangée, c'est-à-dire laisser les médecins régulateurs de la permanence des soins ou de l'aide médicale urgente continuer à traiter les appels relevant de la permanence des soins dentaires.

Concernant la rémunération de la régulation de la permanence des soins dentaires et de la participation des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat à la permanence des soins, l'alternative consisterait à financer ces dépenses sur le Fonds d'intervention régional et à conclure une convention de mandat pour que les CPAM, qui sont les seules à pouvoir verser ces forfaits aux professionnels de santé, soient remboursées par les ARS.

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

En prévoyant d'une part la participation des chirurgiens dentistes à la régulation de la permanence des soins et son financement, et d'autre part la rémunération de la participation des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat à la permanence des soins, la mesure a des conséquences sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. La place en LFSS se justifie au regard du V. de l'article LO. 111-3 du CSS. Cette mesure aura « 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 articles LO 111-3-2 à LO 111-3-8 du CSS, dans la version de la LO en vigueur à partir du 1er septembre 2022, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 au sujet de la mesure. Celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 1435-5, L. 6311-2, L. 6314-1 du code de la santé publique et L. 162-9 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non concerné.

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 directement 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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier dépendra du montant du forfait de régulation qui devra être négocié dans le cadre conventionnel pour les chirurgiens-dentistes, dans le cadre de la généralisation de la mise en place d'une régulation de permanence des soins dentaires.

Sur la base d'une hypothèse de forfait à 70€ par heure de régulation[1] l'impact financier de la mise en place d'une organisation de l'accès régulé à la permanence des soins dentaires (PDSD) est estimé **à environ 5,3 M€** selon les hypothèses ci-dessous :

- 504 heures de régulation par an (52 dimanches et 11 jours fériés par an, 8h/jour) ;
- 150 lignes de gardes (les SAMU étant répartis selon leur activité : 25 petits SAMU (équivalent à 1 ligne de régulation), 50 SAMU de taille moyenne (25 avec 1 ligne de régulation et 25 avec 2 lignes) et 25 SAMU de taille importante (équivalent à 2 lignes de régulation).

[1] Montant plancher pour les médecins (arrêté 2011)

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie	NA	-2,65	-5,3	-5,3	-5,3
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

2. L'impact financier de la participation des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat à la permanence des soins n'est à ce jour pas chiffré car il dépend des modalités d'organisation qui seront fixées par décret en CE et des montants des rémunérations qui seront négociés dans un cadre conventionnel.

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

a) impacts économiques

Augmentation des revenus des chirurgiens-dentistes des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat.

b) impacts sociaux

La mise en place d'une régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires améliore l'accès aux soins et contribue à la réduction des inégalités territoriales de santé.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure ne vise pas une catégorie de population particulière.

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

Cette mesure ne vise pas une catégorie de population particulière. Cependant, la régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires et la participation des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat à la permanence des soins contribueront à adapter la réponse en permanence des soins aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

4. 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 facilitera l'accès aux soins dentaires non programmés pour les patients.

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

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

Peu d'impact sur les caisses de sécurité sociale car le circuit de paiement des forfaits de régulation de la permanence des soins dentaires par les CPAM aux chirurgiens-dentistes sera le même que celui déjà existant pour le paiement des forfaits d'astreinte.

Peu d'impact sur les agences régionales de santé qui devront revoir leurs cahiers des charges régionaux de permanence des soins dentaires existants, et prendre en compte les organisations de la participation des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat à la PDSA selon les décrets en CE à venir.

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.

Un décret en conseil d'Etat devra fixer l'organisation de la régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires par des chirurgiens-dentistes, l'organisation de la participation des sages-femmes et des infirmiers à la permanence des soins. Une parution au cours du 1er semestre 2024 est envisagée.

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

Au premier semestre 2024, sous réserve du calendrier de la négociation conventionnelle qui sera nécessaire pour en décliner la mise en œuvre.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'organisation de la permanence des soins dentaires est arrêté par le DG ARS dans un cahier des charges régional qui prévoit des indicateurs de suivi. La mise en place d'une régulation de l'accès à cette permanence des soins donnera lieu à l'ajout d'indicateurs qui seront proposés aux ARS par l'instruction DGOS sur l'organisation de la régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires par des chirurgiens-dentistes.

Le suivi de l'organisation de la participation des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat à la permanence des soins sera déterminée par les décrets en Conseil d'Etat à venir.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1435-5 du code de la santé publique avant modification	Article L. 1435-5 du code de la santé publique après modification
I.- L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers et des centres de santé, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.	I.- L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers et des centres de santé, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.
Les praticiens des armées peuvent participer à la permanence des soins selon des modalités élaborées en association avec le service de santé des armées, et définies par décret en Conseil d'Etat.	Les praticiens des armées peuvent participer à la permanence des soins selon des modalités élaborées en association avec le service de santé des armées, et définies par décret en Conseil d'Etat.
L'agence détermine la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.	L'agence détermine la rémunération forfaitaire des ~~*professionnels de santé*~~ **des médecins** pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.
II.- Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à financer, dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I du présent article et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code qui leur sont délégués à cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.	II.- Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à financer, dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I du présent article et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code qui leur sont délégués à cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.
L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code.	L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code.

Article L. 6311-2 du code de la santé publique avant modification	Article L. 6311-2 du code de la santé publique après modification
Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément au chapitre II du titre II du livre Ier de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.	Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément au chapitre II du titre II du livre Ier de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.
Ces unités participent au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3.	Ces unités participent au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3.
Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente. Il est organisé avec les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé participant à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3.	Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente. Il est organisé avec les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé participant à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3.
Le fonctionnement de ces unités et centres est assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral.	Le fonctionnement de ces unités et centres est assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins **et de chirurgiens-dentistes** d'exercice libéral.

Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours. Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix.	Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours. Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix.
Article L 6314-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L 6314-1 du code de la santé publique après modification**
La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les praticiens des armées peuvent contribuer à la mission de service public de permanence des soins, notamment à la régulation téléphonique, selon des modalités fixées par décret. Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence. La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire. Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'Etat mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-12 et L. 162-32-1 du même code ont vocation à concourir à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre chirurgien-dentiste, sage-femme ou infirmier ayant conservé une pratique de sa profession a vocation à y concourir, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les mesures d'application du présent	La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les praticiens des armées peuvent contribuer à la mission de service public de permanence des soins, notamment à la régulation téléphonique, selon des modalités fixées par décret. Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence. La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire. Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'Etat mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-12 et L. 162-32-1 du même code ont vocation à concourir à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre chirurgien-dentiste, sage-femme ou infirmier ayant conservé une pratique de sa profession a vocation à y concourir, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. ~~Les mesures d'application du présent~~

alinéa, notamment les modalités de rémunération des professionnels de santé concernés, sont fixées par décret.	~~alinéa, notamment les modalités de rémunération des professionnels de santé concernés, sont fixées par décret.~~
Article L 162-9 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L 162-9 du code de la sécurité sociale après modification**
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.
Ces conventions déterminent :	Ces conventions déterminent :
1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;	1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;	2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;
3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 2° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 621-2 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;	3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 2° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 621-2 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;
4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;	4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;
5°) Le cas échéant :	5°) Le cas échéant :
a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;	a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;
b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;	b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;
c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;	c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;
6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;	6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;
7°) Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;	7°) Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;
7° bis) Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel	7° bis) Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel

continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;	continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;
8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.	8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
9° Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements qu'ils établissent sur le fondement de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique ;	9° Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements qu'ils établissent sur le fondement de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique ;
10° Pour les orthophonistes, les modalités d'application du sixième alinéa de l'article L. 4341-1 du code de la santé publique.	10° Pour les orthophonistes, les modalités d'application du sixième alinéa de l'article L. 4341-1 du code de la santé publique.
	11°) Les modalités de rémunération des professionnels de santé mentionnés au dernier aliéna de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique au titre de la participation à la permanence des soins qu'il prévoit.
Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.	Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.
Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.	Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.

Article 25 – Elargir les compétences des pharmaciens en matière de délivrance d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique – « TROD » (angine ou cystite)

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Aujourd'hui, seuls les médecins sont autorisés à prescrire un antibiotique après la réalisation d'un examen clinique.

Plusieurs mesures ont récemment été mises en œuvre pour renforcer le rôle des pharmaciens et faciliter l'accès aux soins pour les patients qui soulignent l'intérêt d'une prescription d'antibiotique par les pharmaciens après un TROD positif :

- Le système des ***ordonnances conditionnelles***, qui permet aux pharmaciens de délivrer un antibiotique lorsque le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) angine est positif, s'est développé pour permettre aux pharmaciens de réaliser en officine un TROD angine et de ne délivrer les antibiotiques prescrits par les médecins qu'en cas de résultat positif. Il est entré en vigueur depuis le 14 décembre 2021, suite à la publication du décret n°2021-1631 qui pose les bases de la dispensation conditionnelle, encadre la conformité de la délivrance du médicament et précise les modalités de rédaction de la prescription et d'un arrêté qui autorise les médecins à prescrire certains antibiotiques dans la suspicion d'angine bactérienne à streptocoque béta-hémolytique du groupe A.
- Une ***expérimentation de l'article 51 (PharmaOsys***) a été engagée en Bretagne pour tester la réalisation d'une première orientation en officine, pour un nombre limitatif de cas cliniques concernés (dont l'angine chez une personne de plus de trois ans ou la cystite aiguë simple de la femme), après une formation des pharmaciens d'officine et en suivant des arbres décisionnels définis par la Haute Autorité de Santé. Cette expérimentation a pour objectif de faciliter l'accès aux soins de premier recours sur 13 situations bénignes, de limiter les consultations inappropriées dans les services d'urgence, de limiter l'engorgement des cabinets médicaux et maisons médicales de garde. Elle est toujours en cours de réalisation en Bretagne, dans une cinquantaine d'officines, avec plus de 1700 patients traités. La première phase achevée en janvier 2023 visait à valider la mise en œuvre de nouveaux parcours de soins et vérifier l'acceptabilité des patients, pharmaciens et médecins. La deuxième phase débutée en janvier 2023 offre cette possibilité aux pharmaciens de prescrire des antibiotiques après réalisation de TROD angine ou bandelette urinaire. Les premiers résultats issus de l'évaluation intermédiaires sont très positifs mais font apparaître des points d'amélioration notamment en termes d'informations des médecins et des patients sur cette nouvelle possibilité, et de vigilance concernant le modèle économique.
- Depuis 2020, ***des protocoles locaux de coopération*** issus du pacte de refondation des urgences permettent une délégation de tâches d'un médecin vers un pharmacien pour que ce dernier puisse dispenser l'antibiotique lorsque le test est positif. Ces protocoles sont toutefois très peu développés, car ils nécessitent que le médecin et le pharmacien appartiennent à une structure d'exercice coordonné dont les communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé depuis le printemps 2023. Ces protocoles concernaient en avril dernier 131 équipes (dont 61 en CPTS et 70 en MSP) pour les cystites et 55 pour les angines (dont 33 en CPTS et 22 en MSP).

En 2022, ce sont ainsi 52 000 TROD angines qui ont ainsi été réalisés par les pharmaciens dans 6000 officines, et 2,4 millions de TROD angines commandés par les médecins via le marché national de l'assurance maladie.

b) Mesure proposée

La mesure étend les compétences des pharmaciens en les autorisant à délivrer des antibiotiques après avoir réalisé un test (TROD angine ou bandelette urinaire) dont le résultat est positif pour les personnes éligibles. Les patients atteints d'un mal de gorge ou de brûlures mictionnelles pourront alors se rendre en officine, réaliser un test, se voir délivrer un antibiotique et retirer directement leur médicament. Cet élargissement des compétences des pharmaciens se fait dans le respect de l'arbre décisionnel défini par la Haute Autorité de Santé.

La mesure prévoit aussi que les partenaires conventionnels détermineront les tarifs et rémunérations associés à la réalisation de ces tests et à la prescription, si nécessaire, d'antibiotiques. Des textes réglementaires viendront enfin préciser les conditions de réalisation de ces tests et de formation si besoin.

Cette mesure facilite une prise en charge rapide pour un certain nombre de personnes, apporte une solution de prise en charge protocolisée dans les territoires à faible densité médicale et libérer le temps médical associé à ces consultations, sans risque pour la santé des patients.

La réalisation de ces tests en officine contribuera également au bon usage des antibiotiques dans le contexte de pénurie actuel et à la diminution de certains examens de biologie (ECBU) non nécessaires.

Elle devrait s'accompagner d'une suppression des protocoles locaux de coopération déployés sur la cystite et l'angine, et de l'expérimentation PharmaOsys.

Infections urinaires

Les femmes présentant des brûlures mictionnelles pourront se rendre en officine, réaliser un test, et, en cas de cystite aigue simple de la femme se voir prescrire et dispenser un antibiotique directement par le pharmacien.

La HAS a indiqué qu'une bandelette urinaire devait être utilisée en première intention devant la symptomatologie d'une cystite aigue simple de la femme avant toute prescription d'antibiotique et qu'un ECBU ne devrait être demandé que si les symptômes ne s'améliorent pas au bout de 3 jours malgré le traitement.

La réalisation d'une bandelette urinaire devant des symptômes cliniques de cystite aigue non compliquée permet d'infirmer le diagnostic d'infection urinaire dans 20 à 30% des cas, et d'éviter dans une même proportion la prescription d'un antibiotique. La bandelette urinaire permet le dépistage rapide de l'infection urinaire et sa valeur prédictive négative est élevée, supérieure à 95% pour la cystite simple grâce à 2 réactifs permettant la recherche de leucocytes (LE) et/ou de nitrites (Ni) dans les urines. Lorsque ce test est positif, cela signifie que l'infection est d'origine bactérienne et non virale et qu'un antibiotique doit être prescrit.

Angines

Les patients de plus de trois ans atteints d'un mal de gorge pourront se rendre en officine, réaliser un test, et, en cas d'angine à streptocoque du groupe 1 d'un adulte ou d'un enfant de plus de trois ans, se voir prescrire et dispenser un antibiotique directement par le pharmacien.

La règlementation définit les conditions de réalisation par les pharmaciens du test rapide d'orientation diagnostique (TROD) des angines à streptocoques du groupe A, afin notamment d'améliorer la lutte contre l'antibiorésistance, de faciliter le parcours du patient présentant un mal de gorge évocateur d'angine et de favoriser la pertinence des prescriptions. En cas de suspicion d'angine, les pharmaciens peuvent proposer aux personnes reconnues éligibles à l'issue d'un arbre décisionnel la réalisation d'un TROD angine. Lorsque ce test est positif, cela signifie que l'infection est d'origine bactérienne et non virale et qu'un antibiotique doit être prescrit.

Rémunération des pharmaciens

Les modalités de rémunération de ces nouveaux actes seront définies par les partenaires conventionnels.

c) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé d'étendre l'expérimentation PharmOsys réalisée dans une seule région à l'ensemble du territoire. Cette expérimentation de l'article 51 arrive à son terme en 2024 et présente des premiers résultats d'évaluation intermédiaire intéressants. Son entrée dans le droit commun semble donc plus pertinente qu'une extension de son périmètre géographique à l'ensemble du territoire.

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

En permettant aux pharmaciens de prescrire un antibiotique au patient lorsque les résultats de tests diagnostiques (TROD angine et bandelettes urinaires) sont positifs devant des tableaux respectivement d'angine chez une personne de plus de trois ans ou de cystite aiguë simple de la femme, cette mesure facilite l'accès aux soins, dégage du temps médical et limite les prescriptions d'antibiotiques non nécessaires générant ainsi des économies pour l'assurance maladie.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 et d'organisation des soins incluant la répartition des compétences entre les professionnels de santé. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale et de soins.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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) ?

Les règles de prescription et de délivrance des médicaments relèvent de la compétence des Etats Membres.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L.5125-1-1 A du code de la santé publique et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale sont modifiés i.

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de la mesure dépend de trois aspects :

- le différentiel de valorisation entre l'acte d'orientation réalisé par le pharmacien et le tarif d'une consultation médicale. A ce stade, les coûts associés à la valorisation de l'acte d'orientation et de prescription réalisés par le pharmacien (valorisation à intégrer dans un cadre conventionnel), et leur comparaison par rapport au coût d'une consultation médicale ne sont pas intégrés ;
- le renforcement de l'utilisation des tests associée à un moindre recours à d'autres examens de biologie médicale ;
- les volumes moins importants d'antibiotiques délivrés.

Données disponibles sur les cystites :

- Les consultations pour cystite simple représentent de l'ordre de 3 millions de consultations par an, d'après les données de l'assurance maladie.
- La prescription d'examen cytobactériologique des urines (ECBU) n'est pas recommandée pour le diagnostic d'une cystite aiguë simple. Cependant, en pratique, il est prescrit dans 30% des cas de simple cystite.
- Selon la CNAM, ce sont ainsi près de 4 millions d'ECBU qui pourraient être évités avec l'utilisation des bandelettes urinaires (que celle-ci soit réalisée par le médecin ou le pharmacien dans le cadre de ce dispositif) : 0,9M d'ECBU dans le cas d'un test positif sur bandelettes urinaires et 2,8M d'ECBU dans le cas d'une bandelette urinaire dont le résultat est négatif.

Article 25 – Elargir les compétences des pharmaciens en matière de délivrance d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique – « TROD » (angine ou cystite)

Par un meilleur usage des bandelettes urinaires et des ECBU, ce sont près de 40M€ d'économies annuelles (sous l'hypothèse d'un recours à 100%) qui seraient possibles, incluant aussi moins de consultations et de délivrance d'antibiotiques.

Données disponibles sur les angines :

- Les dernières données disponibles font état d'un taux de positivité des TROD angine proche de 20%. Par ailleurs, les angines représentent 6 millions de consultations par an.
- En autorisant la délivrance d'antibiotiques par les pharmaciens suite à un TROD positif, du temps médical sera libéré et les antibiotiques ne seront délivrés qu'en cas de positivité du TROD.

En prenant en compte ces deux paramètres, 40 M€ d'économies pourraient être réalisées (moindres consultations, moindres délivrances d'antibiotiques) en année pleine pour les angines, sous l'hypothèse d'un recours à 100%.

Au total :

Sous l'hypothèse d'un recours à 100%, c'est un total de 80M€ d'économies pour les cystites et les angines attendu par an. L'estimation de l'impact financier de cette mesure est réalisée avec une hypothèse de 20% de taux de recours au dispositif en 2024, puis augmentant de 10% tous les ans jusqu'à 50% d'ici à 2027.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		+ 16	+24	+32	+40
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

Cette mesure a un impact social en terme de lutte contre les pénuries d'antibiotiques, un impact dans le cadre de l'antibiorésistance et également un impact dans l'organisation des recours aux soins et parcours des patients.

- ***Impact sur les jeunes***

Néant

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

Néant

c) impacts sur l'environnement

Limitation du nombre de médicaments gaspillés (médicaments non utilisés) si la mesure permet, via la réalisation des TROD, d'obtenir une prescription limitée aux infections bactériennes.

Par ailleurs, ces médicaments ayant un impact sur l'environnement du fait de leur difficile dégradation et des résistances bactériennes qu'ils peuvent générer, la limitation de leur dispensation dans des cas non justifiés aura un effet positif sur l'environnement.

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

Néant

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

Il sera nécessaire de faire évoluer le système d'information pour intégrer ces nouveaux actes et permettre leur facturation. Il conviendra aussi de faire évoluer les systèmes d'information pour permettre la prescription d'antibiotiques par les pharmaciens dans les conditions définies par les recommandations.

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.

- Décret en Conseil d'Etat précisant les conditions dans lesquelles les pharmaciens sont autoriser à prescrire certains antibiotiques et notamment les motifs de recours au pharmacien concernés et pour chaque motif la population éligible, le cadre d'exercice éligible (communauté professionnelle de territoire en santé par exemple), une exigence de déclaration et de formation préalable pour les pharmaciens concernés, les conditions en termes de locaux et d'équipement, les signes d'alerte devant orienter vers une consultation médicale, la liste des antibiotiques disponibles, le retour d'information vers le médecin traitant, l'éventuel suivi à réaliser, les obligations de vigilance.
- Arrêté d'application fixant la liste des médicaments concernés, des indications, des tests d'orientation diagnostiques à réaliser et les résultats à obtenir pour prescrire et dispenser sera pris sur avis de la Haute autorité en santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des autres produits de santé.

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

Communication dans le cadre des mesures introduites dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2024

d) Suivi de la mise en œuvre

L'Assurance maladie assurera un suivi de la mesure à travers :

- Le nombre de prescriptions d'antibiotiques associées à la réalisation d'un test avec résultat de test positif chez les pharmaciens ;
- Le nombre de bandelettes urinaires, le nombre d'ECBU réalisés suite à la réalisation de test urinaire vs. sans test préliminaire réalisé chez un pharmacien
- Le nombre de consultations vers un médecin et de passages aux urgences suite au recours au pharmacien (avec si possible une analyse du délai entre l'acte réalisé par le pharmacien et la consultation chez le médecin ou au service d'urgence). Par ailleurs le recours au médecin/service d'urgence sera comparé en cas de test réalisé positif ou négatif.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique avant modification	Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique après modification
Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine : 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ; 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ; 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ; 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ; 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ; 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ; 7° Peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie ; 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ; 9° Peuvent prescrire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;	Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine : 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ; 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ; 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ; 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ; 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ; 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ; 7° Peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie ; 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ; 9° ~~*Peuvent prescrire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé*~~ **Peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :** **a) prescrire certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;**

	b) délivrer sans ordonnance certains médicaments, après réalisation d'un test. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe la liste des médicaments concernés, des indications associées, des tests d'orientation diagnostiques à réaliser et les résultats à obtenir pour délivrer ces médicaments. 9° bis Peuvent administrer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé ; 10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. Un décret fixe les conditions d'application du 10°, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant.
9° bis Peuvent administrer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé ; 10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. Un décret fixe les conditions d'application du 10°, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant.	
Article L. 4161-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L. 4161-1 du code de la santé publique après modification**
Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la	Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la

profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ;	profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ;
2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ;	2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ;
3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;	3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;
4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ;	4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ;
5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.	5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.
Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale ou pour les prélèvements cervico-vaginaux réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, ni aux pharmaciens ou aux infirmiers qui prescrivent des vaccins ou effectuent des vaccinations, ni aux conseillers en génétique qui prescrivent des examens de biologie médicale en application de l'article L. 1132-1, ni aux physiciens médicaux, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical, ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.	Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale ou pour les prélèvements cervico-vaginaux réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, ni aux pharmaciens ou aux infirmiers qui prescrivent des vaccins ou effectuent des vaccinations, **ni aux pharmaciens qui délivrent des médicaments en application du b) du 9° de l'article L. 5125-1-1 A ,** ni aux conseillers en génétique qui prescrivent des examens de biologie médicale en application de l'article L. 1132-1, ni aux physiciens médicaux, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical, ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.
Article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale après modification**
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicale (s) représentative (s) des	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicale (s) représentative (s) des

pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ; 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques et biologiques similaires ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ; 7° bis La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation d'entretiens d'accompagnement d'un assuré. Les critères d'éligibilité et conditions de réalisation sont prévus dans la convention et subordonnent leur rémunération. La liste des actions relevant du présent 7° bis est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 8° Les rémunérations, autres que celles des marges prévues au même article L. 162-38, versées par l'assurance maladie en fonction de l'activité du pharmacien, évaluée au regard d'indicateurs et d'objectifs fixés conventionnellement. Ces derniers peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficience de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ; 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 à L. 5125-5 et L. 5125-18 du code de la santé publique ;	pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ; 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques et biologiques similaires ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ; 7° bis La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation d'entretiens d'accompagnement d'un assuré. Les critères d'éligibilité et conditions de réalisation sont prévus dans la convention et subordonnent leur rémunération. La liste des actions relevant du présent 7° bis est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 8° Les rémunérations, autres que celles des marges prévues au même article L. 162-38, versées par l'assurance maladie en fonction de l'activité du pharmacien, évaluée au regard d'indicateurs et d'objectifs fixés conventionnellement. Ces derniers peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficience de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ; 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 à L. 5125-5 et L. 5125-18 du code de la santé publique ;

10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ;	10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ;
11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;	11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;
12° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique.	12° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique.
13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;	13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;
14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de leurs missions de vaccination, en application des 9° et 9° bis de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, pour les vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;	14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de leurs missions de vaccination, en application des 9° et 9° bis de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, pour les vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin ou d'un premier entretien d'accompagnement ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin.	15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin ou d'un premier entretien d'accompagnement ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin.
16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-4 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;	16° ~~*La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests*~~. **La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens, lorsqu'ils réalisent, en application de la mission que leur confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests suivis, le cas échéant, par la délivrance de médicaments en application du b du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.** La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-4 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
17° Les modes de rémunération et les montants afférents dus au pharmacien qui participe au programme de dépistage organisé du cancer colorectal ;	17° Les modes de rémunération et les montants afférents dus au pharmacien qui participe au programme de dépistage organisé du cancer colorectal ;
18° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, due au pharmacien qui dispense des médicaments au domicile d'un patient dans le cadre de l'un des programmes de retour à domicile mis en place par l'assurance maladie ;	18° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, due au pharmacien qui dispense des médicaments au domicile d'un patient dans le cadre de l'un des programmes de retour à domicile mis en place par l'assurance maladie ;
19° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, lorsque le pharmacien délivre des médicaments à l'unité dans les conditions mentionnées à l'article L. 5123-8 du code de la santé publique ou dans le cadre du régime applicable aux médicaments classés comme stupéfiants mentionnés à l'article L. 5132-7 du même code.	19° La rémunération, dans la limite d'un plafond fixé conventionnellement, lorsque le pharmacien délivre des médicaments à l'unité dans les conditions mentionnées à

	l'article L. 5123-8 du code de la santé publique ou dans le cadre du régime applicable aux médicaments classés comme stupéfiants mentionnés à l'article L. 5132-7 du même code.
Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie. La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ils sont réputés approuvés si les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt et un jours suivant la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins. L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation. Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et aux 13° à 16° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure. 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 des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième 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 celui des sous-objectifs mentionnés au 3° de l'article LO 111-3-5 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8°, au 11° et aux 13° à 19° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante. Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.	Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie. La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ils sont réputés approuvés si les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt et un jours suivant la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins. L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation. Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et aux 13° à 16° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure. 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 des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième 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 celui des sous-objectifs mentionnés au 3° de l'article LO 111-3-5 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8°, au 11° et aux 13° à 19° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante. Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.

Article 26 - Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les expositions professionnelles des salariés agricoles, notamment aux risques chimiques, physiques ou biologiques, touchent l'ensemble des filières de la production agricole. Le constat de ces expositions, notamment à l'occasion des examens réalisés dans le cadre du suivi individuel des salariés permet de dégager des priorités d'actions de prévention. Cependant, compte tenu du déficit chronique de médecins du travail, ces examens ne bénéficient pas à la totalité des salariés agricoles qui devraient faire l'objet d'un tel suivi renforcé.

De plus, en raison de ce déficit, beaucoup d'entreprises restent sans conseil pour renforcer la prévention primaire des risques professionnels. Or, l'effectivité des mesures de prévention de ces risques dans les très petites entreprises agricoles dépend essentiellement de l'activité des services de santé 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 qui repose, pour partie, sur le suivi individualisé des travailleurs, qui permet d'améliorer la protection de ces salariés, mais également de mieux comprendre les effets des conditions de travail sur leur santé dans un contexte de vieillissement de la population active agricole.

Les caisses de MSA rencontrent des difficultés pour assurer la prévention et la préservation de la santé des travailleurs, notamment ceux de plus de 50 ans, ceux exposés à des risques particuliers ou les saisonniers agricoles. Plusieurs solutions ont d'ores et déjà été mises en œuvre mais elles s'avèrent insuffisantes. La démographie médicale des médecins du travail ne permet pas de répondre à l'ensemble des obligations fixées par la loi, ce qui positionne les caisses de MSA dans un risque de contentieux fort vis-à-vis des entreprises, qui assurent le financement de ce service par une cotisation assise sur la rémunération réelle perçue par les salariés. Les partenaires sociaux dénoncent également régulièrement le fait que les caisses de MSA ne respectent pas l'ensemble de leurs obligations telles que prévues par le code du travail et le code rural et de la pêche maritime.

Face à ces constats, une expérimentation a été mise en place dans le cadre de l'article 66 de la LFSS pour 2021 dans 4 caisses départementales ou interdépartementales de mutualité sociale agricole volontaires, rencontrant le plus de difficultés à assumer leur mission, avec pour objectifs de repérer de façon plus précoce les risques de santé liés aux expositions professionnelles et réduire à terme les dépenses de prise en charge du fait de l'augmentation des visites de prévention primaire et d'un meilleur suivi de la santé des travailleurs.

Cette mesure a permis, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans le ressort de ces quatre caisses, que l'infirmier qualifié en santé au travail relevant des services de santé au travail de ces caisses assure par transfert d'activité du médecin du travail :

- la réalisation du renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude du travailleur agricole, dans le cadre du suivi individuel renforcé (SIR) dont ce dernier bénéficie en application de l'article L. 4624-2 du code du travail ;
- la réalisation de l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé de maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers, ainsi que l'échange prévu dans ce cadre, au titre de l'article R. 717-17-1 du code rural et de la pêche maritime ;
- le bilan d'exposition aux risques professionnels effectué lorsque le travailleur agricole atteint l'âge de cinquante ans (prévu à l'article R. 717-18-1 du code rural et de la pêche maritime).

Un décret en Conseil d'Etat n° 2021-1547 du 29 novembre 2021 est venu préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment le rôle de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) dans son pilotage.

Le bilan tiré de cette expérimentation a démontré tout son intérêt pour assurer un meilleur suivi des salariés agricoles et particulièrement ceux qui sont les plus exposés. Les caisses de MSA faisant toujours face aux difficultés de recrutement des médecins du travail, la mesure propose donc de s'inspirer du dispositif expérimenté pour le volet du SIR en prévoyant la possibilité pour le médecin du travail de déléguer à l'infirmier qualifié en santé au travail certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude effectué dans ce cadre, ce qui nécessite l'intervention du législateur.

S'agissant de métiers soumis à des risques professionnels importants (utilisation de machines dangereuses, exposition aux produits phytopharmaceutiques et aux risques climatiques et biologiques, troubles psychosociaux…), il est impératif d'améliorer à court terme le suivi individuel de l'état de santé des salariés agricoles afin de préserver leur santé et leur sécurité et ainsi de réduire les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de maitriser les risques de désinsertion professionnelle.

La libération de temps médical grâce aux délégations consenties par les médecins du travail est nécessaire pour développer les actions sur le milieu de travail, et aider ainsi les employeurs et les non-salariés agricoles à renforcer la prévention primaire des risques professionnels et, en conséquence, prévenir la désinsertion professionnelle.

Il s'agit donc d'un enjeu de santé au travail et plus largement de santé publique.

b) Mesure proposée

Parmi les trois examens précités, il est proposé de donner aux médecin du travail la possibilité de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude du travailleur agricole bénéficiaire d'un SIR, les deux autres activités étant désormais couvertes par l'article R. 717-52-3 du code rural et de la pêche maritime (en application de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, promulguée postérieurement à la LFSS 2021). Les caisses de MSA peuvent dès à présent se saisir de ces deux dernières dispositions.

En effet, au regard de l'accidentologie des différentes branches agricoles et de l'exposition des salariés agricoles à plusieurs risques justifiant la mise en place d'un suivi individuel renforcé (SIR), cette mesure est nécessaire pour assurer l'effectivité du suivi individuel et en tirer les bénéfices attendus.

En particulier, parmi les postes présentant des risques pour la santé ou la sécurité des travailleurs nécessitant un suivi individuel renforcé, figurent les postes de travail qui exposent le salarié à des produits phytosanitaires classés cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR). La prévention du risque chimique est un enjeu fort au sein du monde agricole : elle doit passer par un diagnostic plus rapide, un meilleur suivi et une meilleure protection des salariés, tout en réduisant la sous-déclaration des maladies professionnelles afin que les personnes exposées bénéficient du niveau de réparation renforcé grâce à la création récente du Fonds d'indemnisation des victimes de pesticides (FIVP) .

De plus, il convient de souligner qu'au régime agricole, les infirmiers en santé au travail ont toujours disposé d'une formation qualifiante dispensée par l'Institut national de médecine agricole (INMA), association créée en 1958 qui forme les professionnels autour des problématiques de santé au travail et de santé publique en milieu agricole. Depuis 2015, l'INMA a créé le diplôme universitaire en santé au travail (DUST) des infirmiers de la MSA en partenariat avec la faculté Paul Sabatier de Toulouse 3. Ce DUST est particulièrement adapté et orienté vers le suivi santé-sécurité-travail des salariés ressortissants du régime agricole et permet d'acquérir les outils et les capacités nécessaires pour répondre aux besoins de santé au travail des salariés de la MSA.

Pour rappel, dans le cadre actuel (hors expérimentation), la première visite d'un salarié déclaré en SIR est réalisée par le médecin du travail. Ce salarié est ensuite soumis à des visites périodiques tous les 2 ans. Le cadre actuel permet qu'une visite périodique sur 2 soit effectuée par délégation par l'infirmier. Cependant, il est obligatoire qu'*a minima* tous les 4 ans, le salarié en SIR bénéficie du renouvellement de l'examen médical d'aptitude réalisé par un médecin du travail. Dans le cadre de l'expérimentation, toutes les visites périodiques pouvaient être réalisées par l'infirmier. En revanche, l'examen médical d'aptitude initial reste de la seule compétence du médecin du travail car il permet de statuer sur l'aptitude du salarié à son poste de travail.

En capitalisant sur le bilan de l'expérimentation menée depuis 2021, il est donc proposé de retenir le principe d'une délégation, par les médecins du travail aux infirmiers en santé au travail, de la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude du travailleur agricole bénéficiaire d'un SIR. Cette délégation fera l'objet d'un protocole écrit entre le médecin du travail et l'infirmier formé en santé du travail. Si la visite d'aptitude peut ainsi être réalisée par l'infirmier, celui-ci doit réorienter le salarié vers le médecin du travail s'agissant des actes préalables à des avis d'inaptitude ou à des propositions d'aménagement ou d'adaptation de son poste de travail ou de son temps de travail, ceux-ci restant de la compétence exclusive du médecin du travail. De même, la décision d'aptitude ou d'inaptitude restera exclusivement délivré par le médecin du travail.

L'expérimentation portée par la LFSS pour 2021 a été menée par quatre services de santé et de sécurité au travail volontaires (caisses de mutualité sociale agricole de Haute-Normandie, de Mayenne-Orne-Sarthe, de Sud-Aquitaine et de Midi-Pyrénées-Nord dîtes « caisses expérimentatrices ») et a fait l'objet d'un suivi par comparaison avec d'autres caisses de MSA fonctionnant selon les modalités classiques afin de pouvoir évaluer l'impact attendu de cette mesure (caisses de mutualité sociale agricole d'Alpes-Vaucluse, de Beauce-Cœur-de-Loire, des Côtes Normandes et de Midi-Pyrénées Sud dites « caisses témoins »).

En résumé, Les résultats obtenus confirment l'intérêt de prévoir cette délégation sur le champ de l'examen périodique SIR pour les 35 services de santé et de sécurité au travail de la MSA. Il ressort en effet que le transfert d'activité autorisé par l'expérimentation a eu des effets très positifs, permettant notamment d'améliorer les points suivants :

- <u>une augmentation certaine du nombre de salariés vus en visite</u> : les caisses expérimentatrices ont réalisé un nombre total d'examens plus important que les 4 caisses témoins avec une augmentation des visites intermédiaires du SIR,

tout en permettant une meilleure appropriation de la délégation par les équipes SST. Ainsi le nombre de personnes vues dans l'année a, par exemple, plus que doublé pour Mayenne-Orne-Sarthe. **En 2022, plus de 1 600 nouveaux salariés ont pu être suivis en SIR soit une hausse de 24% sur l'ensemble des 4 caisses expérimentatrices.** Cette mesure se traduit donc par une nette augmentation du nombre de visites intermédiaires liée à l'effectivité des transferts d'activité permis et à une augmentation du nombre d'infirmiers recrutés. En effet, si le nombre de médecins du travail est en baisse continue depuis plusieurs années, le nombre de ces infirmiers est en revanche en constante augmentation.

- la libération de temps médical a permis aux médecins du travail (MT) de consacrer plus de temps aux visites complexes ou à la demande (**le nombre de jours passés par les médecins du travail sur les dossiers complexes est deux fois plus important pour les caisses expérimentatrices que pour les caisses témoins**).
- peu de réorientation vers le médecin du travail sont constatées : si l'expérimentation a permis aux infirmiers diplômés en santé au travail (IDEST) de réaliser certaines tâches dévolues jusqu'alors exclusivement aux médecins du travail, l'infirmier doit réorienter le travailleur vers le médecin du travail, seul compétent pour établir une préconisation d'aménagement ou de changement de poste. En effet, lorsqu'il l'estime nécessaire pour tout motif ou lorsque le protocole le prévoit, l'infirmier oriente, sans délai, le travailleur vers le médecin du travail qui réalise alors la visite ou l'examen. S'il pouvait être craint qu'un tel dispositif, loin d'alléger la charge des services de santé au travail, allait l'alourdir et rendre le dispositif moins efficace pour les salariés et leurs employeurs, notamment lorsqu'il faut réaliser deux visites au lieu d'une parce que l'infirmier aurait réorienté le salarié vers le médecin du travail, **dans les faits, le nombre de réorientations à la demande de l'IDEST vers le MT s'avère très limité**. L'IDEST bénéficie de la confiance de l'entreprise et du salarié : en effet, le bilan de cette expérimentation a intégré une enquête auprès, notamment, des salariés et des employeurs qui se sont montrés pleinement satisfaits de la prestation.

c) Autres options possibles

Compte tenu des difficultés liées à la démographie médicale des médecins du travail, et de l'enjeu de préservation de la santé des travailleurs agricoles, il apparait nécessaire de pallier le manque de médecins. Une option aurait pu consister à pérenniser et généraliser l'expérimentation précitée menée depuis trois ans. Elle consistait à prévoir des protocoles de coopération entre professionnels de santé ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités. Les examens donnaient lieu à la délivrance de documents médicaux co-signés par le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail.

Toutefois, peu de temps après le début de l'expérimentation, la loi du 2 août 2021 précitée et son décret d'application du 26 avril 2022 précité ont prévu une procédure de délégation de nombreux examens médicaux, dont la visite de reprise postérieure au congé de maternité et la visite à 50 ans, objets par ailleurs de l'expérimentation précitée. Le choix a donc été opéré de poursuivre également dans la voie de cette procédure de délégation pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude réalisé dans le cadre du suivi individuel renforcé, qui concerne environ un tiers des salariés agricoles.

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

Cette mesure opère une réduction des dépenses au profit des branches maladie et, dans une certaine mesure, accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles en ce qu'elle réduit la sous-déclaration des maladies professionnelles et qu'elle renforce l'effectivité de la politique de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dans les très petites entreprises (TPE) agricoles, réduisant la gravité et le coût de prise en charge pour la branche correspondante. Cette mesure repose également sur un recrutement d'infirmiers dans les services de santé au travail agricole et aura donc un impact budgétaire en gestion.

Elle trouve donc sa place en PLFSS 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 2° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale 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 obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale, dont les caisses de sécurité sociale doivent être saisies au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent ensuite d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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 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

La mesure vient modifier l'article L. 717-1 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	*Non concerné par la mesure*
Mayotte	*Non concerné par la mesure*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Non concerné par la mesure*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure est source d'économie pour l'assurance maladie, tout en opérant un transfert vers la branche AT-MP.

Dans la continuité de l'expérimentation portée par la LFSS pour 2021, la mesure devrait à terme permettre de réduire les dépenses de santé du fait du renforcement de la prévention primaire grâce au temps médical supplémentaire consacré à l'action sur le milieu de travail et d'un meilleur suivi de la santé des travailleurs agricoles bénéficiant du SIR.

Actuellement, 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 à terme pour l'assurance maladie.

Ces économies sont évaluées sur la base des estimations de sous-déclaration des maladies professionnelles (entre 9 et 17% du coût total des prestations sociales de la branche AT-MP du régime général en 2018), données extrapolées au régime agricole en l'absence de données spécifiques. L'augmentation de la capacité de visites devrait ainsi permettre d'assurer un meilleur suivi des salariés actuellement non suivis et une meilleure déclaration en AT-MP des maladies dont sont victimes ces salariés. La charge actuellement portée par la branche maladie serait alors supportée par la branche AT-MP.

Article 26 - Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi i

Le coût est estimé sur la base des données épidémiologiques (indice de fréquence des cancers professionnels et des troubles musculo-squelettiques), des coûts moyens de ces maladies, rapporté au nombre de salariés non suivis actuellement et qui pourraient bénéficier d'un tel suivi.

Dans le cadre de cette mesure, le nombre de personnes à suivre est circonscrit au périmètre du SIR, soit un effectif total estimé de près de 320 000 travailleurs. En prenant l'hypothèse d'une montée en charge des travailleurs en SIR de 25 % en 2024, de 25 % en 2025, de 25 % en 2026 et de 25 % en 2027, soit une montée en charge du nombre de nouveaux travailleurs vus par an (entre 17 000 et 92 000 nouvelles personnes par an sur la période), une économie en maladie de près de 1,6 millions d'euros en 2024 et près de 8,7 millions d'euros en 2027 est attendue.

En parallèle, la dépense incomberait à la branche AT-MP des salariés agricoles. Néanmoins, l'amélioration du suivi des salariés permettra à terme une baisse de la gravité et de la fréquence des AT-MP et donc de leur coût, estimée à 5% à compter de 2025.

Enfin, si l'expérimentation s'était faite à coût constant par redéploiement interne à la CCMSA, la procédure généralisée de délégation prévue par la présente mesure nécessitera le recrutement d'infirmiers. La CCMSA estime qu'il sera nécessaire de recruter 53 infirmiers supplémentaires pour suivre l'ensemble des salariés concernés, pour un coût de 2,7 millions d'euros. Ce recrutement sera progressif et suivra la montée en charge du suivi des salariés en SIR, soit 25 % par an à compter de 2024.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)					
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027	Total
Régime des salariés agricoles						
- Maladie :	+ 0,16	+ 1,65	+ 3,51	+ 5,84	+ 8,75	+ 19,90
- AT-MP (transfert branche maladie):	- 0,16	- 1,65	- 3,34	- 5,55	- 8,31	- 19,01
- AT-MP (recrutement infirmiers - IDEST)	0	- 0,67	- 1,35	- 2,03	- 2,7	- 6,75

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 mesure aura un impact sur le montant de cotisation des employeurs du fait de la prise en charge des dépenses sur la branche AT-MP.

Cette mesure 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. Un meilleur suivi a pour objectif d'améliorer le suivi des salariés agricoles 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 d'engendrer un accroissement de la qualité de la prise en charge attendue.

D'une part, 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 l'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.

- ***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

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

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 les démarches de registres de prévention des risques.

L'augmentation des dépenses de la branche AT-MP, liée notamment au recrutement des infirmiers, pourrait se traduire par une hausse de la cotisation assurant le financement du service de santé au travail à la charge de l'employeur.

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

Un protocole écrit relatif à la délégation 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.

Une attention particulière sera apportée 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 nécessite le recrutement d'infirmiers par les caisses de MSA.

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 leur mise en œuvre par chaque service de santé au travail agricole (protocole conclu).

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des salariés et des employeurs sera réalisée par les 35 caisses de mutualité sociale agricole.

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 (COCT) chargée des questions relatives aux activités agricoles (CS6) 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

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime après modification
Sans préjudice des dispositions du titre IV du livre II du code du travail relatives aux services de santé au travail, les dispositions de la présente section sont applicables aux exploitations, entreprises, établissements et employeurs définis à l'article L. 713-1 ainsi qu'aux entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente. L'article L. 4625-2 du code du travail ne s'applique pas aux voyageurs, représentants et placiers dont les employeurs sont mentionnés au premier alinéa du présent article Les dispositions de la présente section ne s'appliquent pas dans les départements d'outre-mer et à Saint-Pierre-et-Miquelon.	« **I.-** Sans préjudice des dispositions du **titre II du livre VI de la quatrième partie** du code du travail relatives aux services de santé au travail, les dispositions de la présente section sont applicables aux exploitations, entreprises, établissements et employeurs définis à l'article L. 713-1 ainsi qu'aux entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente. **II.- Pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude mentionné au II de l'article L. 4624-2 du code du travail, certains actes de cet examen, préalables à la délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude, peuvent être délégués à un infirmier en santé au travail dans le cadre d'un protocole écrit et dans les conditions prévues par les articles L. 4622-8 et L. 4623-9 du code du travail. Lorsque l'infirmier en santé au travail constate des éléments pouvant justifier une inaptitude au poste de travail ou la nécessité de proposer l'une des mesures prévues à l'article L. 4624-3 du code du travail, il oriente sans délai le travailleur vers le médecin du travail pour qu'il réalise tous les actes de l'examen médical d'aptitude.** **III.-** L'article L. 4625-2 du code du travail ne s'applique pas aux voyageurs, représentants et placiers dont les employeurs sont mentionnés au premier alinéa du présent article. **IV.-** Les dispositions de la présente section ne s'appliquent pas dans les départements d'outre-mer et à Saint-Pierre-et-Miquelon »

Article 27 – Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés

I. Présentation de la mesure

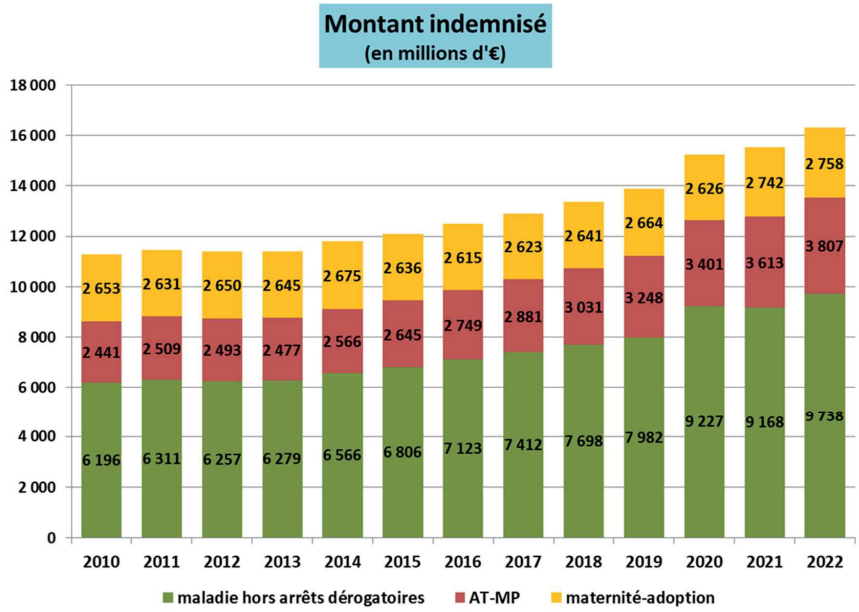
1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

a) Présentation du problème à résoudre

Une augmentation significative des indemnités journalières

Selon le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie au titre de l'année 2024, les dépenses d'Indemnités journalières (IJ) remboursées entre 2010 et 2022 ont connu une croissance moyenne annuelle de +3,8 % pour les IJ maladie et pour les IJ accidents du travail et maladie professionnelle (ATMP).

Evolution des montants indemnisés (en M€) :



L'indemnisation de l'ensemble des arrêts de travail a représenté pour l'assurance Maladie un coût de 16Md€ en 2022, en dehors des arrêts liés au Covid. Pour le régime général maladie[1], ce sont 8,8 millions d'arrêts, concernant 6,1 millions de bénéficiaires qui ont été indemnisés en 2022 et représentant 9,7 Md€.

Les IJ ont présenté une croissance moyenne des dépenses remboursées dynamique depuis 2010 (entre 2010 et 2019, de + 2,9% pour les IJ maladie, + 3,2 % pour les IJ AT-MP). Cette croissance des dépenses IJ maladie s'explique principalement (i) par l'augmentation et le vieillissement de la population active (pour 36 %) ; (ii) par l'augmentation de la durée moyenne d'arrêt par classe d'âge (pour 23 %), (iii) par l'augmentation de l'IJ moyenne par classe d'âge (pour 18 %) (iv) mais également par l'augmentation du taux de recours (+ 14 %).

[1] Hors travailleurs indépendants et hors arrêts dérogatoires.

Cette dynamique s'est encore accélérée sur la période récente (taux d'évolution de 7,4 % en 2022, de 6,6 % en moyenne depuis 2019 (hors Covid), alors qu'il s'élevait à 4,4 % entre 2015 et 2019). En 2022, les dépenses d'indemnités journalières sont restées soutenues et l'analyse des remboursements hors indemnités journalières liées au Covid confirme que ces dernières se situent au-dessus de leur dynamique d'avant crise, cette évolution s'expliquant seulement en partie par la mise en place d'indemnités journalières maladie pour les professions libérales en juillet 2021, ainsi que par plusieurs hausses exceptionnelles successives du SMIC depuis octobre 2021 et deux grippes saisonnières en 2022[1].

Les différents facteurs structurels n'expliquent ainsi pas entièrement la hausse des indemnités journalières observée.

Des leviers de contrôles des arrêts de travail qui présentent plusieurs limites

Actuellement, l'Assurance maladie dispose de **deux principaux leviers** pour contrôler les arrêts de travail :

- La mise sous objectifs (MSO) / mise sous accord préalable (MSAP) des médecins prescripteurs ;
- L'organisation de contre-visite pour les assurés.

Concernant le premier levier, le service du contrôle médical de l'Assurance Maladie est en effet amené à constater les abus en matière de prescription d'arrêt de travail. Le médecin-conseil a la possibilité de pratiquer des contrôles systématiques des prescriptions d'arrêt de travail d'un professionnel de santé, lorsque son activité de prescription dans ce domaine apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, et à profil de patients comparable. Le médecin peut alors être mis sous accord préalable (MSAP) ou, comme mesure alternative, sous objectif (MSO).

Dans le cadre d'une MSAP, la CPAM peut subordonner, pour une durée maximum de 6 mois, à l'accord préalable du service du contrôle médical les prescriptions du médecin concerné, si le médecin prescrit plus d'arrêts de travail que ses confrères (en nombre ou en durée) comparativement à ses confrères de la région dont le domaine d'activité est comparable. D'éventuelles sanctions financières peuvent être imposées au médecin.

Un courrier est adressé à tout assuré présentant une prescription d'arrêt de travail d'un médecin mis sous accord préalable, pour le prévenir des conditions particulières de prise en charge de sa prescription.

La CPAM peut, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin – en alternative à la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) – de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions dans un certain délai. Il s'agit de la Mise sous objectif (MSO). En cas de refus du médecin, la caisse poursuit la procédure de MSAP. D'éventuelles sanctions financières peuvent être imposées au médecin.

Dans le cadre de ces deux procédures, les professionnels de santé sont informés des faits constatés ou des données chiffrées relatives à leur pratique. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent doit notifier au professionnel de santé concerné les faits constatés ou les données chiffrées relatives à sa pratique ainsi que celles relatives à la moyenne servant de base de référence, et l'informer de son droit à être entendu, sur sa demande, ou de présenter ses observations écrites. Quant à la proposition de mise sous objectifs, elle doit notamment mentionner l'objectif de réduction du nombre de prescriptions, de la durée constatée ainsi que le montant maximal de la pénalité encourue en cas de dépassement de l'objectif.

En 2023, environ 1000 médecins se sont vus proposer une mise sous objectifs (représentant 1,5% des médecins). Fin 2019, dans son relevé d'observations provisoires sur les indemnités journalières, la Cour des comptes avait relevé que : « En 2018, 596 médecins au total ont été identifiés au plan national comme susceptibles de faire l'objet d'une MSO ou d'une MSAP (soit 0,6 % des 101 400 médecins ayant prescrit des arrêts de travail). » Mais, toujours selon le même rapport, seules 47 mises sous objectif et 39 mises sous accord ont été prononcées en 2018. En 2023, la CNAM a engagé une nouvelle campagne de MSO et MSAP rénovées et environ 1000 médecins se sont vus proposer une mise sous objectifs (représentant 1,5% des médecins).

Ces outils présentent en effet certaines limites. La procédure de mise sous objectifs / mise sous accord préalable n'est pas applicable aux centres de santé ou plateformes de téléconsultation et la mise sous objectif, dont les résultats sont meilleurs que la mise sous accord préalable, n'est pas obligatoire, le médecin peut s'il le souhaite la refuser.

Concernant le second levier, la contre-visite permet à un employeur qui a connaissance de faits ou d'indices sérieux indiquant qu'un salarié ne respecte pas la réglementation pendant un arrêt de travail maladie ou accident du travail/maladie professionnelle, de dépêcher un médecin tiers pour contrôler l'assuré à son domicile.

[1] L'évolution globale 2022 par rapport à 2021 est de +13,9% (IJ de droit commun + IJ dérogatoires Covid), et l'évolution hors IJ Covid est de +8,2%. L'évolution globale 2022 par rapport à 2021 est de +13,9% (IJ de droit commun + IJ dérogatoires Covid), et l'évolution hors IJ Covid est de +8,2%.

Article 27 – Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés

Ce dispositif prévu au L. 1226-1 du code du travail n'a qu'un impact marginal sur les arrêts indemnisés par l'Assurance maladie. Si le médecin estime que l'arrêt n'est pas justifié ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, l'employeur peut suspendre le complément employeur et le médecin transmet également son rapport au service du contrôle médical de l'Assurance maladie dans un délai maximal de 48h. Ce n'est que lorsque le service du contrôle médical reçoit cet avis dans le délai de 48 heures et que celui-ci fait état d'un examen médical qu'il peut décider de suspendre directement le versement des IJ. En 2019, seuls 2 300 dossiers ont été reçus par le service médical dont 1 500 n'avaient pas fait l'objet d'un examen du patient et environ 370 n'avaient pas été transmis dans le délai de 48 heures.

b) Mesure proposée

1/ Faciliter les sanctions en cas d'arrêt non justifié

- **A travers la suspension des indemnités journalières *(modification du L. 323-6 CSS et du L. 315-1 CSS)***

Le service médical de l'assurance maladie, saisi d'une contre-visite ayant donné lieu à examen et concluant au caractère non-justifié de l'arrêt, doit à son tour se prononcer sur le dossier. S'il n'est pas contraint d'examiner à nouveau l'intéressé, il doit malgré tout émettre un avis afin que le versement des IJ puisse être suspendu. Cette perte de temps pour le service médical pourrait être évitée en **rendant automatique la suspension des IJ à compter du rapport du médecin contrôleur concluant, après examen médical, au caractère non-justifié de l'arrêt.** La décision de suspension ferait référence au rapport employeur et non plus à l'avis du service médical. Le service médical serait doté de la faculté de s'autosaisir pour examiner certains dossiers en fonction de critères définis par une circulaire. L'assuré conserverait toutefois la faculté de demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical de l'assurance maladie pour examen de sa situation.

- **A travers l'instauration de pénalités en cas d'arrêts successifs non justifiés**

Cette mesure pourrait être complétée par une mesure réglementaire visant à instaurer des pénalités aux assurés en cas d'arrêts successifs non justifiés (modification de l'article R. 147-6 CSS).

En 2022, l'Assurance maladie a prononcé 1250 pénalités (+36% par rapport à 2021) envers des assurés concernant leurs IJ, pour un montant de près de 2 millions d'euros (+24% par rapport à 2021). 50% des pénalités sont prononcées pour l'exercice d'une activité rémunérée non autorisée, 45% pour transmission d'un faux arrêt de travail ou de faux bulletins de salaires et les 5% restant concernant des ajouts de jours d'arrêts sur l'arrêt de travail, des fausses déclarations de revenus ou de résidence.

Aujourd'hui, il n'est pas possible d'infliger une pénalité à un assuré dont plusieurs arrêts de travail ont été invalidés par le service médical. Afin de sanctionner ce type de comportement le grief du b) R.147-6 qui se rapporte uniquement à l'abus de la qualité d'assuré social pour obtenir des produits de santé (ex : médicaments) serait complété en ajoutant la mention « *pour obtenir des produits de santé **ou des prescriptions d'arrêt de travail** sans lien avec leur état de santé* ».

2/ Faciliter l'organisation de la contre-visite employeur en assouplissant le délai de transmission du rapport de visite et en permettant qu'elle soit effectuée au cabinet médical

Actuellement, le délai de transmission du rapport de contre-visite employeur, limité à 48 heures, conduit à ce que des avis négatifs soient reçus hors délais et à ce que le service médical doive parfois ré instruire et réexaminer la situation d'un assuré qui vient pourtant d'être examiné par le médecin contrôleur.

Il est proposé de passer ce délai à 72 heures, par une modification de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que le médecin réalisant une contre-visite transmet également son rapport au service du contrôle médical dans un délai maximal de 48 heures, sous peine d'irrecevabilité.

Cette mesure pourrait être complétée par une mesure réglementaire. Une part significative des contre-visites employeur ne sont en effet aujourd'hui pas réalisées. Cela conduit le service du contrôle médical à devoir lui-même réaliser un examen de l'intéressé lorsqu'il reçoit un rapport du médecin contrôleur. Afin de renforcer le nombre d'examens effectivement réalisés par les médecins diligentés par l'employeur, il pourrait être permis au médecin de réaliser le contrôle non seulement au domicile de l'assuré comme c'est déjà le cas aujourd'hui, mais aussi sur convocation en cabinet médical. Cela permettrait ainsi de faciliter les modalités d'organisation des contrôles des arrêts indemnisés par les médecins conseil. Dans les situations où l'assuré serait dans l'incapacité de se déplacer jusqu'au cabinet médical en raison de son état de santé, il pourrait prévenir le médecin qui adapterait l'organisation du contrôle en conséquence.

3/ Simplifier la procédure de mise sous objectifs / mises sous accord préalable *(modification de l'article L. 162-1-15 CSS)*

La procédure de mise sous objectifs (MSO) / mise sous accord préalable (MSAP) applicable aux IJ permet en théorie, de faire des ciblages spécifiques et des comparaisons avec une « activité comparable » (ex : nombre d'IJ prescrites / patient dans la

moyenne mais prescriptions systématiques d'arrêts lors de TLC)[1]. Toutefois, seuls des professionnels de santé peuvent faire l'objet de cette procédure, qui ne peut donc s'appliquer à un centre de santé dans son ensemble[2] ou à une plateforme de téléconsultations par exemple. Une extension du champ des MSO/MSAP pourrait ainsi être envisagée, au-delà des « professionnels de santé », afin de cibler des MSO sur des pratiques atypiques spécifiques telle la sur prescription en téléconsultations.

Enfin, la MSAP implique une procédure longue, pouvant s'étendre jusqu'à 120 jours après le refus de MSO. Ce délai s'explique notamment par l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières, devant laquelle le professionnel de santé présente ses observations. Il est proposé la suppression de cet avis de la commission des pénalités financières afin de réduire les délais d'instruction et de prévoir que le contradictoire se fasse directement devant le directeur de la CPAM.

4/ Développer des délégations de tâches auprès des auxiliaires du service médical permettrait de dégager du temps médical et donc de renforcer le contrôle par les médecins conseil des arrêts de travail *(modification de l'article* L. 31(1 et R. 315-2 CSS *du code de la sécurité sociale)*

A ce jour, le rôle des infirmiers du service médical et des autres auxiliaires médicaux reste limité. Leur intervention pourrait être élargie vers une gestion autonome en matière de contrôles et d'avis sur prestations individuelles, en délégation d'un médecin.

Il est proposé de sécuriser et ainsi favoriser les délégations de compétence aux auxiliaires du service médical à l'instar de ce qui a été fait pour les délégations au sein des services de santé et de prévention au travail, et permettre ainsi le bon usage des ressources médicales au sein du service médical.

c) Autres options possibles

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

Les mesures de renforcement des contrôles des arrêts maladie ont un impact sur les dépenses de sécurité sociale puisqu'elles favorisent la diminution de la part de jours de travail indemnisés par la sécurité sociale s'agissant d'arrêts s'avérant injustifiés après contrôle. Elles trouvent ainsi leur place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

Ces mesures participent de la bonne gestion et d'un meilleur suivi des dépenses d'indemnités journalières maladie en renforçant les pouvoirs et les conséquences des contrôles effectués par les caisses primaires d'assurance-maladie.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Conformément à l'article L. 2271-1 du code du travail, la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle (CNNCEFP) est chargée : « 2° D'émettre un avis sur les projets de loi, d'ordonnance et de décret relatifs aux règles générale portant sur les relations individuelles et collectives du travail, notamment celles concernant la négociation collective […] ».

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.

[C] Cela impliquerait de faire différents ciblages MSO/MSAP au lieu d'en faire un seul et d'avoir suffisamment de PS dans chacune des sous catégories pour que ce soit statistiquement représentatif.

[2] Si la mesure peut, en théorie, être appliquée à chaque médecin individuel du centre, (i) nous ne pouvons pas aujourd'hui les identifier dans nos SI ; (ii) ils pourraient en tout état de cause adopter des pratiques de contournement entre prescripteurs

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 de l'Union européenne (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) ?

L'encadrement des prises en charge par l'assurance maladie obligatoire est conforme au droit et à la jurisprudence de l'Union Européenne s'agissant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, la protection de la santé publique et la préservation de l'équilibre financier du système de sécurité sociale sont des objectifs d'intérêt général qui justifient que les Etats membres introduisent des règlementations plus restrictives.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 114-17-2, L. 162-1-15, L. 315-1, L. 323-6 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 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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Une politique d'intensification des contrôles et de maîtrise médicalisée de la dépense d'indemnité journalière pourrait générer en année pleine une économie de plus de 190 M€.

Sur le champ strict de la lutte contre la fraude, en 2021, le préjudice total sur les indemnités journalières exprimées en montant détectées et stoppées s'est élevé à 16,6 M€, contre 8,3 M€ en 2020, recouvrant des fraudes par usage de faux documents, faux bulletins de salaires ou par cumul d'indemnités journalières avec une activité non autorisée rémunérée.

Plus précisément il est prévu que la campagne annuelle de mise sous objectif et de mise sous accord préalable 2023/2024 rénovée en 2023 puisse générer en année pleine une économie de 60 M€. Cet objectif ambitieux est à mettre en regard des résultats de la campagne 2016/2017 qui avait généré 13,1 M€ d'économies. Il est néanmoins difficile de chiffre l'impact d'une extension du périmètre de cette campagne aux centres de santé et plateforme de téléconsultation.

Enfin, la réorganisation du service médical et la délégation de tâches aux auxiliaires médicaux permettraient aussi de libérer du temps médical notamment pour procéder à des entretiens préalables avec les médecins prescripteurs d'IJ. En effet la campagne annuelle d'entretiens d'alerte par des entretiens confraternels renforcés vers les médecins prescripteurs d'IJ

devrait générer près de 70M€ d'économie en année pleine. De même que pour l'extension du périmètre des MSO/MSP, il est difficile de chiffrer le gain associé à l'accroissement du temps médical généré par cette mesure.

Le chiffrage suivant porte donc sur la seule mise en place d'une automatisation de la suspension de l'IJ suite à une contre-visite qui aurait conclu au caractère injustifié de l'arrêt. Selon la Cour des comptes, en 2016, 150 000 contre-visites ont été effectuées à l'initiative de l'employeur. Seule la moitié de ces contre-visites a abouti. On peut considérer que la moitié des contre-visites qui n'aboutissent pas aujourd'hui à une suspension de l'IJ pourraient aboutir dans ce nouveau contexte réglementaire. Ainsi 37 500 arrêts donneraient lieu à une contre visite suspensive soit 37 500 * 21 (nombre de jours d'arrêt moyen) * 34 (IJ moyenne) = 26 775 000.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS		+27M	+27M	+27M	+27M
- Maladie - AT-MP		+27M	+27M	+27M	+27M
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
Entreprises		-			
Salariés		-			

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

a) Impacts économiques

Le renforcement des contrôles permettra de limiter les dépenses d'indemnités journalières versées par la sécurité sociale ainsi que les indemnisations au titre du complément employeur versé par les employeurs.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Sans objet.

b) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

c) 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 mesure permettra de limiter les fraudes aux arrêts de travail.

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

La mesure permettra de redéployer du temps médical dans les services du contrôle médical de l'assurance maladie et réorienter les médecins conseils vers une activité de contrôle.

c) La mise en œuvre du renforcement des mesures de contrôle nécessitera de renforcer les services de contrôle des caisses. Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques

La caisse nationale d'assurance maladie économisera les indemnités journalières aujourd'hui indûment versées.

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 d'application de l'article L. 1226-1 du code du travail.

Modification de l'article R. 147-6 CSS pour l'instauration de pénalités.

Modification de l'article R.315-2 du code de la sécurité sociale pour intégrer les infirmiers dans la composition du service du contrôle médical.

Les différentes mesures en L pourront faire l'objet de mesures d'application de niveau réglementaire.

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

Une partie de ces mesures pourraient être déployée dès 2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Information par les caisses d'assurance maladie, le ministère de la santé et de la prévention et le ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion.

d) Suivi de la mise en œuvre

Nombre de rapports de contre-visite.

Montant des indemnisations indûment versées.

Nombre d'indemnisation suspendues après contrôle.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L114-17-1 du code de la sécurité sociale - Article avant modification	Article L114-17-1 du code de la sécurité sociale après modification
I. Peuvent faire l'objet d'un avertissement ou d'une pénalité prononcés par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles : 1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la couverture des charges d'autonomie, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ; 2° Les employeurs ; 3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ; 4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée. II. La pénalité mentionnée au I est due pour : 1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée ; 1° bis L'inobservation des règles mentionnées au 1° du présent II lorsque celle-ci a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ; 2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée ; 3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ; 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ; 5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou	I. Peuvent faire l'objet d'un avertissement ou d'une pénalité prononcés par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles : 1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la couverture des charges d'autonomie, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ; 2° Les employeurs ; 3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ; 4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée. II. La pénalité mentionnée au I est due pour : 1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée ; 1° bis L'inobservation des règles mentionnées au 1° du présent II lorsque celle-ci a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ; 2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée ; 3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ; 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ; 5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou

de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ; 6° Une récidive après au moins deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le professionnel de santé n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article. Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire ; 7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ; 8° (Abrogé) ; 9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ; 10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée. III. Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 70 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables forfaitairement dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité. Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu au présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. IV. En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire : 1° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 300 % des sommes concernées et huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 400 % des sommes indûment présentées au remboursement et jusqu'à seize fois le plafond mensuel de la sécurité sociale ; 2° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ; 3° Le délai mentionné au deuxième alinéa du III est majoré par voie réglementaire. V. Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des	de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ; 6° Une récidive après au moins deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le professionnel de santé, **le centre de santé ou la société de téléconsultation** n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article. Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire ; 7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ; 8° (Abrogé) ; 9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ; 10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée. III. Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 70 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables forfaitairement dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité. Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu au présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. IV. En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire : 1° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 300 % des sommes concernées et huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 400 % des sommes indûment présentées au remboursement et jusqu'à seize fois le plafond mensuel de la sécurité sociale ; 2° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ; 3° Le délai mentionné au deuxième alinéa du III est majoré par voie réglementaire. V. Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles sont

personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom. La constitution et la gestion de la commission mentionnée au II de l'article L. 114-17-2 peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés. VI. Les pénalités 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. VII. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom. La constitution et la gestion de la commission mentionnée au II de l'article L. 114-17-2 peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés. VI. Les pénalités 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. VII. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale après modification**
I. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le professionnel de santé a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime, en cas de constatation par ce service : 1° Du non-respect par le professionnel de santé des conditions prévues, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ; 2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le professionnel de santé et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; 3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports ou d'un montant de remboursement de transports occasionné par lesdites prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou d'un tel montant rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une	**I**. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le professionnel de santé a été mis en mesure de présenter ses observations ~~*et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2, à laquelle participent des professionnels de santé*~~, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime, en cas de constatation par ce service : 1° Du non-respect par le professionnel de santé, des conditions prévues, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ; 2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le professionnel de santé et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; 3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports ou d'un montant de remboursement de transports occasionné par lesdites prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou d'un tel montant rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une

consultation a été facturé au cours de la période considérée, significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; 4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; 5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie. Pour la constatation du nombre de réalisations d'actes, sont exclus ceux réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant expressément leur nombre. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en œuvre des dispositions du présent alinéa. Toutefois, en cas d'urgence attestée par le professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa.	consultation a été facturé au cours de la période considérée, significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; 4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; 5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie. Pour la constatation du nombre de réalisations d'actes, sont exclus ceux réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant expressément leur nombre. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en œuvre des dispositions du présent alinéa. Toutefois, en cas d'urgence attestée par le professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa. **I. bis.– Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut également, après que le centre de santé ou la société de téléconsultation mentionnée à l'article L. 4081-1 du code de la santé publique a été mis en mesure de présenter ses observations, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, le versement des indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 du présent code, prescrites par les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures en cas de constatation par ce service :** **1° Du non-respect des conditions prévues, respectivement, à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 ;** **2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par les professionnels exerçant au sein du centre de santé ou de la société de téléconsultation et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données**

	moyennes constatées pour les centres de santé ou sociétés de téléconsultation ayant une activité comparable dans le ressort de la même agence régionale de santé ou au niveau national. **Toutefois, en cas d'urgence attestée par le professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour le versement des indemnités journalières » ;**
II. Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au professionnel de santé, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du professionnel de santé, le directeur poursuit la procédure prévue au I. II bis. La décision mentionnée au premier alinéa du I est notifiée 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. III. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	II. Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au professionnel de santé**, au centre de santé ou à la société de téléconsultation**, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus ~~du professionnel de santé~~, le directeur poursuit la procédure prévue au I **ou au Ibis.** II bis. La décision mentionnée au premier alinéa du I est notifiée 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. III. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L315-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L315-1 du code de la sécurité sociale après modification**
I. Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. II. Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations. Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1. Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service : 1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service	I. Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. II. Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations. Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1. ~~*Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :*~~ ~~*1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;*~~

du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ; 2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. III. Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, 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, notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7. III. bis. Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. IV. Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, 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, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret. Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie. IV. bis. Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie. V. Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical. VI. Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. VII. Le service du contrôle médical peut, en application de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, procéder au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du même code.	~~2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.~~ **Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures. Ce rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré.** **Si ce rapport conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée, le médecin en informe également, dans le même délai, l'organisme local d'assurance maladie, qui suspend le versement des indemnités journalières. Cette suspension prend effet à compter de la date à laquelle l'assuré a été informé de cette décision. Toutefois, dans le cas où le médecin diligenté par l'employeur a estimé que l'arrêt de travail est justifié pour une durée inférieure à celle fixée par le médecin prescripteur, la suspension prend effet à l'échéance de la durée retenue par le médecin diligenté par l'employeur.** **Le service du contrôle médical peut, au vu du rapport, décider de procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré. S'il décide de procéder à cet examen, il n'est pas fait application de la suspension du versement des indemnités journalières jusqu'à ce que ce service ait statué.** **Le service du contrôle médical peut en outre être saisi par l'assuré, sur demande de celui-ci, formulée auprès de son organisme de prise en charge. Le délai dans lequel cette demande est effectuée ainsi que le délai dans lequel intervient le nouvel examen de la situation de l'assuré sont fixés par décret en Conseil d'Etat.** **Lorsque le rapport fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, le service du contrôle médical ne peut demander la suspension du versement des indemnités journalières qu'après un nouvel examen de la situation de l'assuré. » ;** III. Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, 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, notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7. III. bis. Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. IV. Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, 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, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret. Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie. IV. bis. Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie. V. Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical. VI. Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. VII. Le service du contrôle médical peut, en application de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, procéder au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du même code. **VIII. Les missions du service du contrôle médical sont exercées par les praticiens conseils mentionnés à l'article L. 224-7. Ceux-ci peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et activités au personnel des échelons régionaux et locaux du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire. Lorsque ces délégations concernent des auxiliaires médicaux, lesdites missions sont exercées dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique. Lorsque, dans le cadre de ces délégations, des auxiliaires médicaux sont conduits à rendre des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations, elles s'exercent dans un cadre d'un protocole écrit.**
Article L315-2 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L315-2 du code de la sécurité sociale après modification**
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. II.- A. - 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 :	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. II.- A. - 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 :

-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 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 ;	-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 ;	-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.	-le recours à une autre prestation est moins coûteux.
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.	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.
Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
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.	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.
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, à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	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, à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
B. - Pour l'application du présent II :	B. - Pour l'application du présent II :
1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements	1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements

de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;	de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;
2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre.	2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre.
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 sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre Ier.	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.*~~ **Lorsque le service du contrôle médical estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée à l'issue de l'examen d'un assuré, l'intéressé en est directement informé. Sauf si le service du contrôle médical 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 sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre Ier.
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.	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.

Article 28 – Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou échange téléphonique

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

Il est proposé d'introduire une mesure législative permettant de garantir une consultation approfondie en présence du patient pour tout arrêt de travail d'une durée supérieure à trois jours ou pour tout renouvellement d'un arrêt de travail. Deux exceptions sont prévues et concernent d'une part les prescriptions réalisées par le médecin traitant et d'autre part, les cas dans lesquels le patient justifierait d'une impossibilité d'obtenir une consultation en présentiel pour le renouvellement de son arrêt de travail.

En effet, si un patient nécessite un arrêt de travail long ou le renouvellement d'un arrêt de travail, un examen approfondi en présentiel avec potentielles palpations et autres vérifications physiques s'avère nécessaire afin de ne pas méconnaitre d'éventuelles observations qui ne pourraient être faites à distance. Par ailleurs, la prescription d'arrêts de travail dans le cadre d'une téléconsultation obtenue sur une plateforme peut nuire fortement au suivi dans le temps du patient qui, s'il rencontre des problèmes de santé plus sérieux qu'initialement évalué, ne sera pas assez accompagné dans son maintien dans l'emploi, avec un risque d'isolement contre lequel il convient de se prémunir.

Cela permettra de renforcer le suivi médical et la reprise d'activité des patients dont l'état de santé nécessite une interruption de travail. Cette mesure n'emporte pas de conséquence en terme de limitation de l'accès aux soins dans la mesure où elle n'est prévue que pour les arrêts supérieurs à trois jours, ce qui permet aux patients d'obtenir un rendez-vous pour une consultation avec examen physique si il est nécessaire de prolonger l'arrêt.

Deux exceptions sont également prévues : s'agissant des médecins traitants, d'une part et en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter en présentiel un médecin pour obtenir une prolongation de l'arrêt de travail, d'autre part. Les prescriptions ou renouvellement d'arrêt de travail réalisées par le médecin traitant pourront ainsi excéder la durée maximale de trois jours, la connaissance préalable du patient, de ses antécédents, de son état de santé et de son environnement permettant aux médecins, même sans examen physique, de mieux pouvoir apprécier la situation *via* une téléconsultation.

L'exception visant les patients dans l'impossibilité d'obtenir une consultation pour renouvellement de l'arrêt de travail en présentiel dans les trois jours permet de prendre en considération les situations particulières d'absence ou d'indisponibilité du médecin, ou traitant ou de référence et, notamment dans les zones de faible densité médicale, la difficulté de pouvoir consulter un remplaçant disponible. Elle permet de prendre en compte l'ensemble des difficultés d'accès aux soins.

L'encadrement de la prescription d'arrêts de travail permettra donc de renforcer le suivi médical des patients dont l'état de santé nécessite une interruption de travail mais également de lutter contre les dérives de certaines plateformes ou les comportements abusifs de certains patients et d'assurer la préservation des objectifs d'efficience de l'assurance maladie garantis par le parcours de soins. En effet, 27% des arrêts de travail issus d'une téléconsultation sont aujourd'hui prescrits par un médecin qui n'est pas le médecin traitant de l'assuré. Une étude menée par la CNAM sur une plateforme de téléconsultation montre une croissance exponentielle de la quantité d'indemnités journalières prescrites par la plateforme concernée. Des augmentations de +100% ont été constatées entre 2021 et 2020, accroissement qui se vérifie en 2022 avec de nouveau une hausse de 100% sur le premier trimestre 2022 par rapport à 2021. Il est également noté un accroissement de la durée des arrêts. 75% des arrêts de travail prescrits par cette plateforme ne sont accompagnés d'aucun autre soin remboursé.

Cette mesure poursuit ainsi un objectif de santé publique et permettra d'éviter la surconsommation de soins non justifiés facilitée par le nomadisme auxquels certains patients peuvent se livrer notamment du fait du développement de ces plateformes.

La mesure prévoit également l'obligation de la réalisation d'une vidéotransmission ou d'un contact téléphonique avant toute prescription réalisée en téléconsultation ou en télésoin pour donner lieu à une prise en charge des traitements, examens ou soins prescrits par l'assurance maladie obligatoire.

Cette mesure s'inspire de la réglementation préexistante qui impose, pour des raisons de santé publique et de garantie de la qualité et de la sécurité des soins, des dispositions particulières quant à la prescription ou à la dispensation. Par exemple,

les médicaments inscrits sur la liste de rétrocessions hospitalières ne peuvent pas être dispensés en ville et la prescription de stupéfiants ou de pilules abortive doit également respecter des règles de prescriptions strictes.

b) Autres options possibles

Une option consisterait à ne pas encadrer les prescriptions réalisées lors des actes de téléconsultations et des activités de télésoins.

Une autre option consisterait également à ne pas encadrer les conditions de prescription par les médecins mais de supprimer l'indemnisation pour un arrêt de travail prescrit en téléconsultation. La LFSS pour 2023 prévoyait une mesure qui visait à interdire la prise en charge de l'arrêt de travail prescrit en téléconsultation par un médecin autre que le médecin traitant ou un médecin qui n'aurait pas été consulté par l'assuré dans les douze mois précédents. Cette mesure a été censurée par le Conseil constitutionnel qui avait jugé que *« la seule circonstance que cette incapacité a été constatée à l'occasion d'une téléconsultation par un médecin autre que le médecin traitant de l'assuré ou qu'un médecin l'ayant reçu en consultation depuis moins d'un an ne perme(tait)t pas d'établir que l'arrêt de travail aurait été indûment prescrit ».*

La présente mesure s'écarte donc de cette possibilité, censurée par le Conseil constitutionnel en LFSS 2023, en prévoyant que tout médecin puisse prescrire à l'occasion d'une téléconsultation un arrêt de 3 jours maximum mais aussi des exceptions à cette règle selon lesquelles le médecin traitant pourra prescrire un arrêt supérieur à 3 jours dans le cadre d'une téléconsultation, et le patient justifier de l'impossibilité d'obtenir une consultation en présentiel. Par ailleurs, le délai de trois jours correspond au délai moyen d'accès à une consultation, laissant donc le temps au patient de l'obtenir pour prolonger l'arrêt. Surtout, la présente mesure vient encadrer les modalités de prescription de l'arrêt sans remettre en cause le droit à une indemnisation de l'arrêt prescrit.

Cette mesure n'a ainsi pas pour effet de priver l'assuré ayant eu recours à la téléconsultation du versement des indemnités journalières, alors même qu'un médecin aurait constaté son incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail. Elle limite la durée de celui-ci en l'absence d'un examen médical effectué en présentiel, seul à même de garantir la qualité des soins.

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

Cette mesure a un impact sur les finances de l'assurance maladie obligatoire dans le sens où elle conduira à diminuer le nombre d'arrêts de travail indemnisés et à améliorer le retour à l'emploi des travailleurs. Il est ainsi attendu qu'une partie des arrêts de travail prescrits en téléconsultation (80 %) soit toujours prescrite lors de consultations en présentiel mais que 20% des téléconsultations ne donne plus lieu à une prescription d'arrêt de travail indemnisé, représentant de fait une économie pour l'assurance maladie obligatoire.

Cette mesure a par ailleurs pour conséquence de limiter une partie des prescriptions médicales prises en charge par l'assurance maladie en prévoyant la limitation de la prise en charge des seuls actes prescrits lors de téléconsultations et activités de télésoins avec vidéotransmission ou contact téléphonique.

L'interdiction de prise en charge des actes prescrits en téléconsultation par d'autres moyens que la vidéo ou l'audioconsultation nécessite une mesure législative car elle limite les conditions dans lesquelles peuvent pris en charge des produits de santé, examens ou soins.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

Il convient de rappeler que l'article 48 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne 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.

Article 28 – Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou échange téléphonique

Il est de jurisprudence constante par la Cour de justice de l'Union européenne 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 de l'Union européenne (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) ?

L'encadrement des prises en charge par l'assurance maladie obligatoire est conforme au droit et à la jurisprudence de l'Union Européenne s'agissant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, la protection de la santé publique et la préservation de l'équilibre financier du système de sécurité sociale sont des objectifs d'intérêt général qui justifient que les Etats membres introduisent des règlementations plus restrictives.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L.6316-1 du code de la santé publique ainsi que les articles L. 160-8, L. 162-4-4, L. 321-1 et L. 433-1 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

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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Les données de l'Assurance maladie de 2021 qui identifient les téléconsultations suivies d'un arrêt de travail prescrit par le même professionnel de santé libéral au même bénéficiaire montrent qu'environ 450 000 arrêts de travail hors Covid ont été prescrits en téléconsultation sur l'année. Toujours selon la CNAM, la durée des arrêts prescrits en téléconsultation est en moyenne de 18 jours (3 jours de carence et 15 jours indemnisés) sur la période de janvier à octobre 2022.

Le montant moyen d'un arrêt de travail s'élève à 35,6 € par jour, soit un montant total de dépenses d'indemnités journalières au titre de ces téléconsultations de 240 M€ (450 000 * 15 * 35,6 € = 240 M€)

L'impact financier de la mise en place de la mesure dépend à la fois de la modération de la longueur des arrêts de travail qui pourrait résulter de cette limitation de la prescription à trois jours, ainsi que du recours des assurés qui se sont vus prescrire un arrêt de trois jours en téléconsultation à des consultations en présentiel ensuite pour prolonger leur arrêt. Le délai de carence n'est en effet pas appliqué en cas de prolongation d'un arrêt de travail initial à condition que la prolongation soit prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

En faisant l'hypothèse que 80 % des arrêts feront finalement l'objet d'une consultation physique, l'impact financier global de la mesure peut être estimé à ((450 000 – 80%) * 15 * 35,6 =) 48 M€.

Concernant l'impact financier de l'interdiction de prise en charge des prescriptions en téléconsultation par d'autres moyens que la vidéotransmission ou le téléphone, le chiffrage se base sur les données relatives aux médecins généralistes uniquement.

A ce jour, le nombre moyen de consultations par médecin généraliste par an est de 5000. Ces dernières donnent lieu à 741 165 euros de remboursement, soit un montant moyen par consultation de 150€ et 115€ hors indemnités journalières. Sachant que 9 millions de téléconsultations sont réalisées chaque année et en faisait l'hypothèse que 5% sont faites sans vidéotransmission ni téléphone (tchat), soit 450 000 téléconsultations, l'impact financier de la mesure peut être estimé à 450 000*115= 52 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		+100	+ 100	+ 100	+ 100
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Une baisse de l'activité peut être anticipée pour certaines plateformes dont l'activité principale est la réalisation de téléconsultations.

b) Impacts sociaux

La mesure sur l'encadrement de la prescription est une mesure pour la qualité des soins et de lutte contre les dérives et les abus sur un phénomène nouveau (arrêts de travail et téléconsultations par *chat*) mais qui reste à ce stade marginal ; elle n'emporte pas de conséquence en termes de limitation de l'accès aux soins.

- ***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

Les assurés devront en cas d'arrêt de travail supérieur à 3 jours prescrit par un autre médecin que leur médecin traitant, consulter à nouveau leur médecin en présentiel.

Une amélioration de la qualité des prescriptions et de la sécurité des soins en cas d'arrêt de travail est attendu.

Le patient ne sera pas tenu à des démarches administratives supplémentaires du fait de cette mesure. En cas de téléconsultation par « tchat » ou questionnaire, le patient devra être informé que l'ordonnance qui en découle ne pourra être prise en charge 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, etc.)

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.

Mesure d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Information par les caisses d'assurance maladie et le ministère de la santé et de la prévention.

d) Suivi de la mise en œuvre

Nombre et durées des arrêts de travail en téléconsultation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 6316-1 du code de la santé publique avant modification	Article L. 6316-1 du code de la santé publique après modification
La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret »	La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. **Lors d'un acte de télémédecine, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Il n'y est fait exception que lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant, ou en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un médecin pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail.** La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret.
Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale après modification**
La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée	La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée

dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre.	dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre. **Les produits, prestations et actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé en application de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés à l'article L. 6316-2 du même code ne sont couverts qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'un échange oral, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient.**
Article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale après modification**
En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, par le médecin traitant ou par la sage-femme, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret.	En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, par le médecin traitant ou par la sage-femme, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret. **La prolongation ne peut être réalisée par un acte de télémédecine que dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique**
Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale après modification**
L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.	L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1 **et par le troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique**, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale après modification
La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur. Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.	La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur. Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6. **Les arrêts de travail prescrits en méconnaissance du troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ne peuvent ouvrir droit au versement de l'indemnité journalière au-delà des trois premiers jours.**

Article 29 – Réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que si 85 % des déchets liés aux soins de santé sont comparables aux ordures ménagères, 15 % sont considérés comme dangereux au regard des risques infectieux, chimiques ou radioactifs et dont le traitement peut avoir des conséquences tant sanitaires qu'environnementales.

Ces produits font l'objet de nombreuses initiatives des établissements de santé souhaitant améliorer leurs pratiques et leur gestion sur le plan du développement durable. Outre la possibilité de valoriser certains de leurs composants après utilisation (métaux précieux notamment), de diminuer leur usage au profit de dispositifs médicaux (DM) réutilisables ou de rationaliser leur conditionnement, leur éventuel retraitement pourrait contribuer à la diminution de l'empreinte écologique du secteur, une action en faveur de la préservation de l'environnement. Or le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique (DMUU), qui est un procédé permettant la réutilisation sûre d'un dispositif usagé, est actuellement prohibé par la règlementation en France (art. L. 5211-3-2 du code de la santé publique), même s'il a déjà fait l'objet d'initiatives dans d'autres pays européens (exemple : Allemagne, Belgique). Un cadre réglementaire dédié apparait donc nécessaire au développement d'une telle pratique.

Par ailleurs, la Liste des Produits et Prestations peut contenir des dispositifs médicaux dont les conditionnements peuvent sembler peu pertinents (volumétrie importante, conditionnement en pack supérieur à la consommation attendue), ou générateurs de déchets de soins supplémentaires (usage unique, durée de vie limitée avec des composants électroniques) par rapport à d'autres produits existants. Une incitation au développement et à l'inscription de dispositifs médicaux plus vertueux sur le plan environnemental apparait donc nécessaire.

b) Mesure proposée

A – Retraitement des dispositifs à usage unique

Il est proposé d'expérimenter, pour une durée de deux ans, l'utilisation au sein d'établissements de santé de DMUU retraités par des fabricants de DM, ou des entreprises de retraitement externe. L'expérimentation sera associée à la mise en œuvre d'un dispositif de traçabilité spécifique. L'organisation de l'expérimentation a vocation à tester la transposabilité du dispositif en France, au regard de l'organisation déjà mise en œuvre dans quelques Etats membres de l'Union européenne (exemple : Allemagne, Belgique). L'expérimentation fera l'objet d'un rapport au Parlement au plus tard six mois avant l'échéance de l'expérimentation.

B – Introduction d'un mécanisme de remise pour les produits de santé de la LPP avec un impact environnemental négatif

L'objectif de la mesure est de mettre en place un mécanisme de remise obligatoire indexée sur le montant remboursé du produit en France dans les cas objectivés de mise sur le marché et de demande de prise en charge pour un produit de la LPP en nom de marque présentant un conditionnement inadapté ou générateur de déchets amenant donc à une empreinte environnementale particulièrement dégradée.

Les modalités d'appréciation d'un impact négatif environnemental lié à la génération de déchets supplémentaires ou d'un conditionnement inadapté seront définies par décret. Plusieurs leviers existent, notamment dans le cadre de l'impact organisationnel d'une technologie de santé évaluée par la Haute Autorité de santé. Une dimension collective abordant le sujet de la génération de déchets de soins par rapport à la prise en charge de référence est possible. Un positionnement systématique de la HAS sur le caractère adapté du conditionnement à la prise en charge et la génération de déchets de soins, sur la base des preuves déposées par les acteurs industriels peut également être prévu (à défaut d'une appréciation le cas échéant de l'adéquation du conditionnement avec les conditions d'utilisation).

Les niveaux de remise seraient fixés par arrêté des ministres après concertation avec le secteur afin de déterminer dans quelles situations un produit avec un impact pourrait ne pas être intégré au mécanisme (selon l'amélioration du service attendu par exemple), ainsi que les niveaux de remise selon l'impact constaté par rapport à la stratégie de prise en charge actuelle, ou encore la typologie des déchets de soins supplémentaires générés (électroniques, toxiques, radioactifs).

L'objectif de cette mesure est d'encourager le développement et le recours à des dispositifs médicaux dont l'empreinte écologique est plus limitée.

c) Autres options possibles

A – Retraitement des dispositifs à usage unique

Une autre option serait d'autoriser de d'emblée à retraiter, à mettre sur le marché et à utiliser des DMUU retraités, sans passer par une expérimentation, en modifiant les dispositions de l'article L.5211-3-2 du CSP. Cependant, cette option ne permettrait pas de tenir compte d'une analyse nécessaire concernant la traçabilité du dispositif, ses avantages et inconvénients, indispensables pour venir en appui des travaux européens (rapport prévu par la Commission européenne en 2024).

B - Introduction d'un mécanisme de remise pour les produits de santé de la LPP avec un conditionnement inadapté ou générateur de déchets de soins supplémentaires

- Il serait possible de procéder à la radiation des produits à impact écologique négatif

Cette mesure réduirait les alternatives thérapeutiques disponibles et risquerait d'induire une dépendance trop importante à un seul fournisseur et finalement augmenterait le risque de tension ou de rupture d'approvisionnement.

- Il serait possible de prendre en compte l'impact environnemental directement dans la fixation du prix sous l'égide du CEPS

Introduire cet élément dans la tarification des produits de santé amènerait le Comité Economique des Produits de Santé à s'éloigner de la tarification à la valeur telle que prévue, et pourrait avoir un effet d'aubaine inflationniste des dépenses pour l'Assurance maladie en cas de mésusage de l'outil. De plus, la génération de déchets de soins par le produit concerné est liée à l'inscription sur la Liste des Produits et Prestations, et non pas à la tarification du produit.

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

A - Le dispositif permettra d'accompagner les structures s'engageant dans l'expérimentation au titre des dispositions de l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) ; par conséquent, il a un impact au titre des dispositions du 3° de l'article LO.111-3-6 du code de la sécurité sociale.

B - La mesure a un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoire de l'assurance maladie, avec un appel de remise qui viendront en minoration des dépenses de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM au titre des dépenses de l'année 2024 et des années ultérieures justifie sa place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du b) du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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 ?

A - La mesure relève de la compétence de la France dans le cadre de l'application de l'article 17 du Règlement 2017/745/UE. Cet article permet notamment à chaque Etat d'autoriser ou non le retraitement des DMUU sur son territoire.

B - 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 de l'Union européenne (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 dès lors qu'elle est une application de l'article 17 du Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux (RDM) et du Règlement d'exécution (UE) 2020/1207 de la Commission du 19 août 2020.

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

a) Possibilité de codification

A - Pas de codification pour une mesure relevant d'une expérimentation

B – La présente mesure amène à la création de l'article L. 165-4-3 dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

A-

La mesure s'applique dans les départements et régions d'outre-mer. Elle ne s'applique pas 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 non applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

B-

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 non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

A - Expérimentation de retraitement des dispositifs médicaux à usage unique

Un total de 890 00 € sera nécessaire pour accompagner 4 structures sur les deux années d'expérimentation tant en moyens humains, qu'en ingénierie pour la mise en œuvre de la mesure.

B - Introduction d'un mécanisme de remise pour les produits de santé de la LPP avec un impact environnemental négatif

L'impact financier global de la mesure est sujet à de nombreuses hypothèses (demande d'inscription, renouvellement ou modifications des conditions d'inscriptions à la Liste des Produits et Prestations), et dépendra des caractéristiques de ces produits ainsi que des modalités définies dans les textes d'applications à la suite de la concertation (notamment des taux de remises et des conditions d'appel associées). En s'appuyant sur des hypothèses de produits inscrits à la Liste des Produits et Prestations (certains produits de nutrition clinique orale, solutions ophtalmiques, produits de traitement par pression négative continue) et l'application d'un taux de remise progressif jusque 30 % du montant remboursé, l'impact financier serait d'un gain annuel théorique de 10 M€.

Il est possible que les recettes soient dégressives dans le temps grâce à l'incitation que ce dispositif produira pour concevoir des dispositifs médicaux présentant un impact environnemental réduit et la prise de conscience actuelle des enjeux environnementaux notamment des produits de santé.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS		+9,6	+ 9,6	+ 10	+ 10
1. Maladie		+9,6	+ 9,6	+ 10	+ 10
2. AT-MP					
3. Famille					
4. Vieillesse					
5. Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

2.

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

a) impacts économiques

A -

Cette mesure a un impact sur les dépenses des établissements de santé. Par exemple, le matériel d'électrophysiologie utilisé en cardiologie est complexe en termes de composition (métaux rares) et coûteux. Le retraitement de ces DM est largement éprouvé à l'étranger.

Une étude canadienne[1] indique qu'une économie de 40 % serait possible sur le retraitement des cathéters en électrophysiologie en citant une étude d'un hôpital italien pour une activité de trois cents interventions d'électrophysiologie par an. L'économie est estimée entre 239 000 à 418 000 dollars canadiens selon le nombre de retraitements possibles et la société de retraitement retenue.

En outre, les différentes sources consultées indiquent un potentiel d'économies pour le retraitement des cathéters en électrophysiologie estimé entre plusieurs dizaines de milliers d'euros de gains sur l'achat pour un centre hospitalier, à plusieurs centaines de milliers pour un CHU sur le territoire national[2,3] sur la base des éléments suivants à conforter par l'expérimentation :

- le coût moyen des cathéters en électrophysiologie neufs sur le marché français autour de 2 000 € ;
- Les 5 cycles de retraitement[4] que peuvent subir les DM par une société spécialisée ;
- Les montants de rachat de matériel à retraiter et de revente en moyenne à hauteur de 60%[3] du prix du DM neuf (hors coût du support technique pouvant être associé).

Ainsi, avec une consommation de 500 cathéters en électrophysiologie par an, un CHU pourrait réaliser des économies à hauteur d'environ 30 % de la dépense nécessaire pour l'achat des DM neufs en cas de retraitement de ces dispositifs (tableau ci-dessous).

B- La mesure pourra avoir un impact négatif sur les entreprises commercialisant des produits via la Liste des Produits et Prestations avec un impact négatif sur l'environnement, jusqu'à ce que des modifications soient apportées et qu'une nouvelle appréciation permette d'établir si le produit en question présente toujours ou non un impact négatif sur l'environnement.

[1] CIUSSS DE L'ESTRIE et CHU DE SHERBROOKE, « Réutilisation des cathéters en électrophysiologie : une analyse contextuelle », rapport précité, p. 15-16.

[2] Campillo (Baptiste), Le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique, éléments de réflexion concernant les achats, op. cit., p. 107-121.

[3] Chouvel Rudy, Goeury Dominique, La prohibition du retraitement des dispositifs médicaux à usage unique en France ,RDS, n°112, 2023, p.206-217

[4] Pantos I, Efstathopoulos EP, Katritsis DG Reuse of devices in cardiology: time for a reappraisal." Hellenic J Cardiol. 2013 Sep-Oct;54(5):376-81

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

L'impact écologique des produits de santé constitue un enjeu important de la transition écologique du système de santé global. Le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique, ainsi que l'introduction du mécanisme de remise obligatoire s'inscrit également dans la lignée de la loi AGEC (Anti-gaspillage pour une économie circulaire). A titre d'information les établissements hospitaliers produisent environ 700 000 tonnes de déchets par an, soit plus d'une tonne par lit et place.

Selon les calculs de l'association *The Shift Project*, les achats de dispositifs médicaux représentent 21 % des émissions de gaz à effet de serre du système de santé français, et l'OMS précise que 15 % des déchets liés aux soins de santé sont considérés comme dangereux (compte tenu des risques infectieux, chimiques ou radioactifs).

Les DMUU font l'objet de nombreuses initiatives des établissements de santé sur le plan du développement durable et l'utilisation de DMUU retraités permettrait une diminution de l'impact écologique. A titre d'exemple, l'utilisation d'un cathéter d'électrophysiologie reconditionné, engendrerait une réduction de 50,4 % de l'impact carbone ainsi que de 28,8 % de l'utilisation des ressources abiotiques[1].

L'introduction d'un mécanisme de remise obligatoire indexé sur le montant remboursé de la dépense associée au produit en cas de conditionnement inadapté, ou de génération de déchets de soins avec une empreinte environnemental a pour objectif d'inciter les acteurs industriels à rentrer dans une démarche plus vertueuse, proposer des conditionnement permettant d'éviter le gaspillage dans certains secteurs (par exemple la mise en place de conditionnement adapté dans le secteur de la gamme blanche des dispositifs médicaux, amenant une réduction hypothétique de 1 % des volumes remboursés en conséquence réduirait de plus de 700 000 boîtes de pansement, et donc un nombre potentiel de pansements encore plus conséquent).

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

Sans objet.

4. 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 ne modifiera pas, par rapport à la situation actuelle, les démarches ou formalités administratives des assurés.

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

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

Cette 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.

A - Un décret en Conseil d'Etat précisant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation sera publié dans un délai prévisionnel de 6 mois à compter de la publication du texte au JO.

[1] Schulte, A.; Maga, D.; Thonemann, N. Combining Life Cycle Assessment and Circularity Assessment to Analyze Environmental Impacts of the Medical Remanufacturing of Electrophysiology Catheters. Sustainability 2021, 13, 898

B – A la suite d'une concertation avec les représentants industriels, un arrêté décrivant les modalités d'application du mécanisme de remise, les différents taux selon les modalités définies et les écarts constatés par rapport à la prise en charge actuelle, dans l'année suivant la publication du texte au JO.

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 n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

e) Un rapport gouvernemental portant sur l'opportunité de la pérennisation du retraitement des DMUU permettra d'identifier les conditions de mise en œuvre du dispositif, en fonction des indicateurs issus de l'expérimentation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 165-4-3 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Lorsqu'un produit inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 présente des modèles, références et conditionnements qui ne sont pas adaptés à ses conditions de prescription ou modalités d'utilisation ou est générateur de déchets de soins supplémentaires par rapport aux produits, actes ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires au regard notamment de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, l'exploitant verse des remises. **L'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 165-1 sur la demande d'inscription ou de renouvellement ou de modification de cette inscription précise dans quelle mesure les modèles, références et conditionnements du produit sont adaptés à ses conditions de prescription ou modalités d'utilisation prévues, ainsi que, le cas échéant, des éléments relatifs à la quantité et à la typologie des déchets de soins supplémentaires générés.** **Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux fixé en fonction des éléments figurant dans l'avis mentionné au précédent alinéa et, le cas échéant, de l'amélioration du service attendu ou rendu du produit, selon des critères fixés par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale.** **L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.**

Article 30 – Inciter au recours aux transports partagés

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Une dépense très dynamique

Les dépenses liées à la prise en charge des transports de patients s'inscrivent à un niveau élevé, comparativement à celles d'autres pays développés, et sont très dynamiques. En 2022, les dépenses de transport de patients remboursées s'élèvent à près de 5,5 milliards d'euros, en augmentation de 7,2 %, en partie du fait de revalorisations conventionnelles et d'une hausse des tarifs de 4,5 % des taxis sanitaires en raison de la hausse des prix des carburants.

Les dépenses des ambulances ont représenté 36 % des montants totaux remboursés, les véhicules sanitaires légers 16%, les taxis 46% et les autres modes de transports 2,1 %.

Près de 2/3 des dépenses de transports sont liées à des prescriptions réalisées par des établissements de santé et parmi les prescriptions réalisées par des professionnels libéraux, 55 % des montants remboursés correspondent à des prescriptions de médecins généralistes.

En 2020, 82,7 % des dépenses de transports sanitaires remboursées concernaient des patients en affection de longue durée, qui sont donc exonérés de ticket modérateur.

Ces transports peuvent, lorsqu'ils sont effectués par des taxis conventionnés et par des véhicules sanitaires légers, être partagés entre plusieurs patients (deux ou trois patients partagent leur trajet dans le même véhicule).

Des dispositifs d'incitation au transport partagé déjà mis en place

L'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, signé le 22 décembre 2020, avait déjà pour ambition de doubler la part de transport partagé, en atteignant 30 % des dépenses remboursables. Cet objectif devait s'appuyer sur **un dispositif de bonification ou de pénalisation financière**.

Les entreprises parvenant à un taux de transport partagé d'au moins 5% devaient bénéficier du reversement d'une part des économies supplémentaires réalisées par l'Assurance Maladie en fonction du taux de transport partagé dans l'activité. Ce dispositif de bonus-malus vise à inciter toutes les entreprises de transports sanitaires disposant de VSL à s'engager dans le développement des transports partagés. Il repose sur le reversement aux entreprises concernées et *a posteriori* d'une part des économies supplémentaires obtenues au travers de la croissance, constatée annuellement, de la part de ses transports réalisée en transports partagés. Ce dispositif de reversement était valable 2 ans.

Le taux de reversement des économies supplémentaires générées par la progression de la part du transport partagé varie selon le taux de transport partagé constaté chaque fin d'année :

- 25 % pour les entreprises dont le taux de transport partagé est compris entre 5 et 10 % ;
- 35 % pour celles dont le taux est compris entre 10 et 20 % ;
- 45 % pour celles dont le taux dépasse 20 %.

Les transports partagés ayant été fortement réduits pendant la crise sanitaire, l'objectif n'a pu être atteint et le dispositif financier a été reporté. Le malus n'a pas été calculé et le bonus au titre de 2022 sera versé courant 2023.

L'avenant 11, signé le 13 avril 2023, prévoit l**a poursuite des travaux sur les plateformes de commande pour organiser le transport partagé ainsi qu'un nouveau dispositif d'incitation financière** pour encourager le transport partagé. En effet, des revalorisations tarifaires prévues en janvier 2025 seront conditionnées à la réalisation de 50 M€ d'économies générées par le transport partagé en 2024.

Un frein important au développement des transports partagés reste cependant le refus du patient

Le patient peut, par confort, décider de refuser un transport partagé. Or les situations de refus des patients, lorsque la prescription médicale n'indique pas que l'état du patient est incompatible avec le transport partagé, ne sont pas encore encadrées juridiquement.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'avenant 11 à la convention nationale avec les transporteurs sanitaires privés, les partenaires conventionnels se sont accordés sur la nécessité de favoriser un développement ambitieux des transports partagés en VSL, en complétant les incitations existantes pour les entreprises de transports par des mesures incitant aussi les patients à recourir à ce type de transport, dès lors que leur état de santé le permet puisque l'avis du médecin prescripteur est le seul à pouvoir décider de la nature du transport à solliciter.

Cette mesure législative permettant d'inciter les patients à recourir à ce mode de transport quand leur état de santé le permet est envisagée pour les transports programmés uniquement, pour les transports en VSL et en taxis conventionnés, lorsque le transport partagé est possible (trajets itératifs et en série, tel que les trajets pour séance de dialyse ou les séances de rééducation), afin de pouvoir mettre en place une organisation entre le patient, l'établissement et le transporteur sanitaire

b) Mesure proposée

La mesure proposée est constituée de deux dispositions cumulatives.

Ces dispositions s'appliqueront dès lors qu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport, tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins. Elles sont doubles :

- **Une disposition « tiers payant contre transport partagé »** qui vise à conditionner le bénéfice du tiers payant à l'acceptation par les patients d'un transport partagé lorsque celui-ci leur est proposé et compatible avec leur état de santé (cf. *supra*). Les patients qui refuseraient ce type de transport devraient procéder à l'avance des frais puis adresser une feuille de soins papier à leur caisse de rattachement pour obtenir le remboursement de leur trajet ;

- **Une disposition « transport individuel remboursé au prix du transport partagé »** qui conduira, lorsqu'un patient a refusé le transport partagé qui lui était proposé, l'Assurance Maladie à rembourser le transport sur la base du tarif du transport partagé et non du transport individuel, plus onéreux. La différence entre le coût du transport individuel dont il souhaite bénéficier et le coût du transport partagé qu'il refuse sera donc à la charge du patient, sans possibilité de prise en charge par l'Assurance Maladie complémentaire dans le cadre des contrats responsables. En effet, la stricte équivalence en termes de bénéfices sur le plan de la santé entre ces deux types de transports, lorsque l'état du patient est jugé compatible avec un transport partagé par le médecin prescripteur, ne justifie pas que l'Assurance Maladie supporte un coût plus élevé sans aucun bénéfice supplémentaire pour les patients.

A ce stade, seuls les trajets réalisés en taxis conventionnés et VSL sont concernés par ces dispositions, dans l'attente du déploiement des ambulances A2 permettant le transport concomitant d'un patient allongé et d'un patient assis qui ne sont pas actuellement autorisées en France. Des travaux sur ce sujet ont été ouverts par le Ministère de la santé et de la prévention en 2023.

c) Autres options possibles

L'absence de disposition législative risquerait d'entraîner une stagnation du nombre de transports partagés, ce qui fragilise l'atteinte des objectifs d'économies fixés par l'avenant 11 à la convention nationale des transports sanitaires et, *de facto,* la mise en œuvre de la seconde tranche de revalorisations tarifaires prévue. Le déploiement exclusif du levier « tiers payant contre transport partagé » aurait un impact moindre.

Le déploiement exclusif du levier « transport individuel remboursé au prix du transport partagé » apparaît envisageable mais serait rendu plus complexe en l'absence du volet « tiers payant ».

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

L'impact financier de la mesure justifie sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale dans sa version en vigueur à compter du 1er septembre 2022.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 au sujet de la mesure et que de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifierait les articles L.322-5, L.871-1, L.322-5-1 et L.162-1-21 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 applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le mesure présentée constitue un levier important pour faire évoluer significativement le nombre de transports de patients réalisés dans le cadre d'un transport partagé et atteindre les cibles de dépenses évitables prévues dans le cadre du dernier avenant conventionnel signé par l'Assurance Maladie avec les transporteurs sanitaires privés ainsi que contribuer à réduire l'empreinte écologique de ce secteur en évitant des trajets injustifiés et, par voie de conséquence à augmenter le nombre de véhicules mobilisables et donc la réponse aux besoins des patients.

Les économies visées par ce biais s'élèvent à 50M€ en 2024 et 50M€ supplémentaires en 2025. Cela correspond à l'atteinte d'un taux de transports partagés estimés à 45% (avec un rendement estimé supérieur en 2025 dans la mesure où le dispositif de reversement d'une part d'intéressement aux transporteurs sanitaire s'achève en 2024, cf. exposé des motifs *supra*)

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie	0	+50	+100	+100	+100
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

2.

3. 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

La présente mesure vise à favoriser le recours aux transports partagés et donc à réduire le nombre de transports réalisés avec un seul patient à bord aux seules situations où l'état de santé du patient est incompatible avec la présence d'autres patients dans le véhicule et où les conditions pour organiser le transport partagé ne sont pas réunies.

Elle doit donc avoir un impact positif sur l'environnement en réduisant le nombre de trajets globalement réalisé qui s'élève aujourd'hui à près de 65 millions de trajets pour les seuls VSL et taxis conventionnés ainsi que le nombre total de kilomètres parcourus.

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

Sans objet

4. 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

En l'absence de tiers payant, les assurés devront avancer les frais liés aux transports concernés pour, ensuite, en demander la prise en charge à leur caisse d'Assurance Maladie.

Par ailleurs, le plafonnement de la base de remboursement de l'Assurance Maladie entraine de fait un reste à charge que les complémentaires, dans le cadre des contrats responsables, ne pourront pas prendre en charge.

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

Sans objet

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.

Texte réglementaire qui définira les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un transport partagé, notamment les limites acceptables en termes de détour pour l'organisation des trajets communs et les conditions d'attente.

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) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale après modification
Sans préjudice des articles L. 381-30-1, L. 432-1 et L. 861-3 les bénéficiaires de l'assurance maternité et les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les soins en relation avec l'affection concernée. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. Bénéficient également du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire les assurées pour frais relatifs à une interruption volontaire de grossesse mentionnés à l'article L. 160-8.	Sans préjudice des articles L. 381-30-1, L. 432-1 et L. 861-3**, et sous réserve des dispositions du second alinéa de l'article L. 322-5-1,** les bénéficiaires de l'assurance maternité et les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les soins en relation avec l'affection concernée. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. Bénéficient également du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire les assurées pour frais relatifs à une interruption volontaire de grossesse mentionnés à l'article L. 160-8.
Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale après modification**
Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.	Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	**Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport, tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transports sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration.** Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale après modification**
L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée. La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.	L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée. **Cette dispense d'avance des frais ne s'applique pas lorsque le patient refuse un transport partagé dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 322-5.** La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.
Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L.871-1 du code de la sécurité sociale après modification**
Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code et qu'elles respectent les règles fixées par décret en	Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, **ainsi que de la minoration prévue au deuxième alinéa**

Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	**de l'article L. 322-5** et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.	Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.
Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.	Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.
Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.	Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.
Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 31 – Réforme du financement de l'Etablissement français du sang (EFS)

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

L'Etablissement Français du Sang réalise un chiffre d'affaire annuel qui est en moyenne de 870 M€ depuis 2012 avec des produits d'exploitation d'environ 1 Md€/an. La cession de produits sanguins labiles (PSL) représente 90% du chiffre d'affaires de l'établissement.

Fin 2019, un changement de régime fiscal sur la TVA a fragilisé l'établissement français du sang. La fin du taux de TVA à 2,1 % applicable sur une part d'activité de l'établissement a ainsi entraîné une perte de recette estimée à 50 M€. Cette situation a conduit à mettre en place un soutien financier pluriannuel à l'établissement sous forme de dotation versée par l'assurance maladie, avec une trajectoire dégressive. Ce soutien exceptionnel complétait de manière transitoire le modèle de financement de l'EFS qui repose majoritairement sur l'activité de l'établissement valorisée au travers de la cession de produits sanguins labiles aux établissements de santé ou au laboratoire de fractionnement et de biotechnologies (LFB).

En contrepartie de ce soutien financier, un plan de transformation devait être conduit par l'EFS au cours de la période 2019-2022 pour contribuer à restaurer durablement la situation financière de l'EFS. Les dotations devaient s'éteindre en 2023.

Malgré ces efforts de financement et de transformation de l'EFS, la situation de l'établissement ne s'est pas suffisamment améliorée et l'EFS a clôturé l'année 2022 avec un déficit de près de 40 M€. Le soutien transitoire de l'Etat a donc été prolongé au-delà de la période initiale et les mesures exceptionnelles ont été actées pour 2023 (augmentation de la dotation de l'assurance maladie, revalorisations tarifaires). Au global, l'apport financier à l'EFS pour 2023 a ainsi été porté à 75 M€ dont 55 M€ en dotation auxquels s'ajoute une hausse de tarifs des produits sanguins labiles de 20 M€ au total en cumulant la hausse de 3,5 % appliquée depuis janvier 2023 sur les PSL pour 15 M€ de chiffre d'affaires et celle arbitrée en juillet et qui a pris effet au 1er août (5 M€ de chiffre d'affaires complémentaire sur les cessions de plaquettes aux ES).

Il est apparu nécessaire de proposer des modalités plus structurelles de transformation de l'établissement et de son modèle économique, dans le cadre d'une évolution d'ensemble de la filière sang. La dégradation tendancielle de la situation financière de l'établissement est principalement due à la baisse structurelle du volume de cession de produits sanguins labiles aux établissements en raison d'une évolution des pratiques médicales et à laquelle les charges de l'établissement n'ont pas été pleinement ajustées. Une refonte plus structurelle du modèle de financement de l'EFS permettant de tarifer les activités de l'EFS à leur juste coût, d'assurer un financement spécifique de certaines de ses missions de service public et de poursuivre la transformation de l'établissement pour contribuer à la restauration de sa situation financière est nécessaire.

b) Mesure proposée

Il est proposé de faire évoluer les ressources de l'EFS ainsi que les principes de son modèle économique avec un financement mixte :

- Un financement principal par les cessions des produits (850M soit de l'ordre de 85 % des recettes de l'établissement) ;
- Un financement complémentaire par dotation de l'assurance maladie, avec un double objet : financement de missions de service public ne donnant pas lieu à des cessions d'une part, et le financement, à titre temporaire, d'impacts financiers non couverts par le mécanisme tarifaire d'autre part (au total, 100 M€, soit de l'ordre de 10 % des recettes de l'établissement).

Le financement principal demeure assuré par les cessions de produits aux établissements de santé, à des tarifs réglementés qui doivent se rapprocher rapidement des coûts de revient de l'établissement. Ces coûts de revient devront intégrer l'effet des mesures d'efficience et d'amélioration de la performance de l'établissement. Ce plan de transformation sera intégré à la feuille de route de la nouvelle présidence de l'EFS et pourra s'appuyer sur les travaux du précédent plan notamment en intervenant en priorité sur la rationalisation des fonctions supports, les gains logistiques et de transport et un meilleur dimensionnement des activités de collectes.

Le financement complémentaire par dotation de l'assurance maladie permettra de prendre en compte la contribution de l'EFS à des missions indispensables de service public, en particulier l'accès aux produits sanguins sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin dans les délais compatibles avec les besoins hospitaliers (activité 7 jours sur 7 et 24h/24h). Cette dotation sera divisée en sous-enveloppes (p.ex. activité d'immuno- hématologie et délivrance déficitaire, activités associées relatives aux soins et aux tissus ; recherche ; thérapies innovantes). Elle servira également pour les investissements dédiés au renouvellement des actifs et à la conduite des chantiers de modernisation.

Enfin un financement spécifique sera consacré aux investissements nécessaires au développement de la collecte de plasma.

c) Autres options possibles

Une autre option aurait pu consister à ne pas prévoir dans la loi l'objet du financement par l'assurance maladie, qui est déjà possible dans le cadre des dispositions actuelles sur les recettes de l'établissement français du sang.

Cette option n'est pas privilégiée, l'inscription dans la loi de l'objet du financement par l'assurance maladie vise à justifier et documenter un mode de financement pérenne, en cohérence avec le changement du modèle économique de l'établissement et de manière à donner une visibilité au dialogue de gestion entre l'établissement et ses tutelles.

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

La mesure est inscrite au titre du 1° de l'article LO111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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 proposée est codifiée au sein au sein du chapitre II du titre II du livre II de la première partie du Code de la santé publique (article L. 1222-8 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	
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 non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Une dotation pérenne de l'assurance maladie de 100 M€ sera allouée à l'EFS dès 2024 en application de son nouveau modèle de financement. Cela représente une hausse de 45 M€ par rapport aux 55 M€ versés en 2023 par l'assurance maladie (autour de 40 M€ ont été versés chaque année en moyenne depuis 2019).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		[- 45]	[- 45]	[- 45]	[- 45]
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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, etc.)

La mesure proposée implique un renforcement de la tutelle budgétaire de l'Etablissement français du sang par le ministère de la santé et de la prévention ainsi que par le ministère de l'économie et des finances.

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 définissant les sous-enveloppes de la dotation des régimes obligatoires de l'Assurance maladie à destination de l'Etablissement français du sang. Ce décret peut être publié sans délai après la promulgation de la loi, pour une mise en œuvre dans le budget initial pour 2024 de l'Etablissement.
- Arrêté du ministre de la santé fixant le montant de la dotation de l'Etablissement français du sang répartie en fonction des sous-enveloppes. Ce décret peut être publié sans délai après la publication du décret d'application de la loi, pour une mise en œuvre dans le budget initial pour 2024 de l'Etablissement.

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 dès 2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Des indicateurs de performance et d'efficience seront définis et associés au suivi de la mise en œuvre de la dotation, en particulier en lien avec la définition d'une trajectoire des coûts de revient.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 164-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 164-1 du code de la sécurité sociale après modification
Les frais occasionnés par le prélèvement et le conditionnement des produits et organes d'origine humaine sont remboursés par les caisses lorsqu'un tarif de responsabilité a été fixé par arrêté interministériel.	Les frais occasionnés par le prélèvement et le conditionnement des produits et organes d'origine humaine sont remboursés par les caisses lorsqu'un tarif de responsabilité a été fixé par arrêté interministériel. **Le tarif de cession des produits mentionnés au 1° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique cédés pour une finalité transfusionnelle est déterminé en tenant compte du coût de revient de la collecte, la qualification biologique, la préparation, la distribution, la délivrance et le contrôle de la qualité desdits produits incombant à l'Etablissement français du sang.**
Article L. 1222-8 du code de la santé publique avant modification	**Article L. 1222-8 du code de la santé publique après modification**
Les recettes de l'Etablissement français du sang sont constituées par : 1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ; 2° Les produits des activités annexes ; 3° Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances ; 4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'Etat, des collectivités publiques, de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ; 5° Des emprunts.	Les recettes de l'Etablissement français du sang sont constituées par : 1° Les produits de la cession des produits sanguins labiles ; 2° Les produits des activités annexes ; 3° ~~*Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances*~~ **Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie contribuant au financement de missions de service public assurées par l'établissement, ainsi que des surcoûts temporaires non couverts par les modalités d'ajustement des tarifs mentionnés au 1°. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes.** **Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret.**4° ~~*Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'Etat, des collectivités publiques, et de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ;*~~ **Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'Etat, des collectivités publiques et de leurs établissements publics.** 5° Des emprunts.

Article 32 – Utilisation des préparations officinales spéciales dans le cadre du plan blanc

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

La LFSS pour l'année 2022 a permis de pérenniser l'organisation mise en œuvre par les établissements publics de santé au cours de la crise sanitaire, pour répondre aux enjeux critiques de production de médicaments utilisés en réanimation. Elle a conduit à créer un nouveau statut dit de « préparations hospitalières spéciales » pour permettre aux établissements de santé, sur autorisation du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'ANSM, d'avoir une capacité de production alternative en cas de pénuries marquées de médicaments utilisés à l'hôpital.

Les difficultés marquées au cours des derniers mois conduisent à renforcer ce cadre de réponse d'urgence à des situations de retrait de commercialisation de certains produits ou de ruptures d'approvisionnement, dans le cadre d'un « plan blanc du médicament » dont l'activation serait décidée par le ministre en charge de la santé.

Tout d'abord, il est proposé d'ouvrir la production des préparations hospitalières spéciales pour les molécules abandonnées par l'industrie pharmaceutique (arrêts de commercialisation), sans repreneur immédiat identifié par l'ANSM. Il est ainsi proposé de modifier l'article L. 5121-1 afin de viser les arrêts de commercialisation.

Par ailleurs, l'hiver 2022-2023 a permis de constater que le dispositif de préparations hospitalières spéciales, qui peut être approprié pour des médicaments à usage essentiellement hospitalier, n'est pas adapté aux besoins nécessitant une distribution sur un réseau en ville. Aussi, il est proposé de mettre en place, en retour d'expérience de l'hiver 2022-2023 pour l'amoxicilline, un dispositif de « préparations officinales spéciales » (POS), afin de cadrer les conditions de déclenchement à titre exceptionnel d'une production et dispensation par les pharmaciens d'officine dans des conditions de qualité et de sécurité homogènes. Le prix suivant lequel ces préparations seront préparées et dispensées seront fixés par arrêté ministériel. La prise en charge se fera selon le droit commun, avec la présence d'un ticket modérateur.

Enfin, il est proposé de mobiliser un circuit mixte dans certaines situations dérogatoires où les officines ne seraient pas en capacité de produire des POS, alors que la rupture d'approvisionnement d'un médicament serait effective en ville. Dans ce cas, des préparations hospitalières spéciales pourraient être distribuées en officine, et remboursées dans ce seul cas de figure suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.

Ce cadre élargi de réponses alternatives en cas de ruptures majeures fera l'objet d'une coordination par l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP, qui était déjà identifié pour une telle fonction opérationnelle pour le dispositif de préparations hospitalières spéciales dans la LFSS pour l'année 2022. L'AGEPS est historiquement, et encore à ce jour, la seule structure publique en capacité de reprendre, à la demande des pouvoirs publics, des productions abandonnées par les industriels, ce qui constitue un processus pharmaceutique complexe. Aussi, il est proposé de s'appuyer sur ce savoir-faire et de positionner l'EP de l'AP-HP comme coordonnateur et pilote d'un réseau public/privé dans le dispositif national de lutte contre les pénuries, acteur indispensable pour l'achat de la matière première à usage pharmaceutique (MPUP). Ainsi, dans le cadre du futur dispositif de POS, l'EP de l'AP-HP, à la demande des pouvoirs publics, achètera, contrôlera, libérera et distribuera la MPUP, en ciblant les volumes nécessaires à préparer, et les ressources en contrôle qualité de la préparation officinale finale. L'AP-HP pourra également être mobilisée à titre transitoire en cas d'arrêt de commercialisation d'un produit, sans repreneur privé identifié. Ces nouvelles missions seront réalisées dans le cadre de partenariats avec des sous-traitants privés.

Le financement de l'EP de l'APHP sera assuré par une MIGAC en intégrant les missions relatives aux POS.

b) Autres options possibles

S'agissant des retraits de commercialisation, il aurait pu être proposé, sur le modèle espagnol, que l'ANSM publie sur son site la liste des arrêts qui nécessitent un besoin évident de commercialisation afin d'encourager les laboratoires à présenter une AMM.

Confier les missions d'achat et de stockage de médicaments en rupture à Santé Publique France (SpF) : l'établissement pharmaceutique ouvert par Santé Publique France a pour mission de répondre aux menaces sanitaires graves et de constituer des stocks stratégiques en ce sens. Aussi, il convient de conserver les missions actuelles de cet établissement telles que recentrées sur son cœur de métier.

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

La mesure aura un impact sur les dépenses de l'assurance maladie par le biais du financement des préparations hospitalières spéciale dispensées en ville, et des préparations officinales spéciales. Elle 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 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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 ?

En l'état du droit en vigueur, 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 impose, à son article 6, une autorisation de mise sur le marché pour tout médicament.

L'article 3 de la directive excepte les préparations magistrales et les préparations officinales :

« La présente directive ne s'applique pas :

1) aux médicaments préparés en pharmacie selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé (dénommés communément formule magistrale) ;

2) aux médicaments préparés en pharmacie selon les indications d'une pharmacopée et destinés à être délivrés directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie (dénommés communément formule officinale) ; (…) »

Toutefois, Il ne paraît pas possible d'atteindre le but recherché par la présente mesure en utilisant les seules dispositions actuelles pour les préparations officinales. En effet, la situation visée est un peu différente. Ce sont les préparatoires (40 pharmacies sous-traitantes) qui assurent la réalisation des préparations officinales spéciales en prévision des besoins. Ces POS sont soit directement délivrées aux patients approvisionnés par la pharmacie sous-traitante, soit adressées aux pharmacies donneurs d'ordre (contrat de sous-traitance) et qui les dispensent à leurs patients.

Le dispositif de préparations, spéciales officinales et hospitalières, s'appuie sur le 1° (en cas de rupture de stock et d'arrêt de commercialisation) et le 2° de l'article 5 (en cas de crise) :

« *1. Un État membre peut, conformément à la législation en vigueur et en vue de répondre à des besoins spéciaux, exclure des dispositions de la présente directive les médicaments fournis pour répondre à une commande loyale et non sollicitée, élaborés conformément aux spécifications d'un professionnel de santé agréé et destinés à ses malades particuliers sous sa responsabilité personnelle directe.*

2. Les États membres peuvent autoriser temporairement la distribution d'un médicament non autorisé en réponse à la propagation suspectée ou confirmée d'agents pathogènes, de toxines, d'agents chimiques ou de radiations nucléaires, qui sont susceptibles de causer des dommages. »

Concernant la prise en charge, 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 de l'Union européenne (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) ?

Comme détaillé ci-dessus, la mesure est compatible avec le droit européen car elle s'appuie sur l'article 5 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 pour les préparations spéciales (cas d'exclusion de son champ d'application).

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et crée l'article L. L. 162-16-4-5 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	*Oui*
Mayotte	*Oui*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Oui*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Oui*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Non*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût global de la mesure est estimé à hauteur de 8,8 M€ par an à compter de 2024.

Hypothèses de calcul sur les deux volets :

- **Renforcement des compétences de l'EP de l'AP-HP à hauteur de 4,3 M€, afin d'intégrer ses nouvelles missions**
  - Mobilisation pour l'achat de 600 000 traitements d'amoxicilline pouvant être conservés 2 ans (500 mg ou 250 Mg pédiatrique, en gélules ou poudre pour suspension buvable : **3 M€**
  - Renforcement des équipes en charge du pilotage des missions :
    - Renforcement du laboratoire de contrôle pour qualifier les matières premières à usage pharmaceutique : 3 techniciens de laboratoire, 1 technicien et 1 pharmacien : **300 K€**
    - Pour doubler le nombre de reprises de médicaments en rupture ou en retrait de commercialisation : 10 ETP dont plusieurs experts en production et contrôle qualité : **1 M€**

- **Coût du remboursement harmonisé des préparations officinales spéciales par l'assurance maladie estimé à 1M€:**
  - Chiffrage s'appuyant sur un nombre annuel de préparations de 180 000 préparations (nombre constaté en 2022-2023 pour amoxicilline) ;
- **Par ailleurs, si la pénurie n'avait pas eu lieu, il aurait fallu acheter les médicaments, et dans le cas de l'amoxicilline, en prenant un coût moyen de 0,27€ par grammes, le coût évité est estimé à 50 000€**

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027

ROBSS					
- Maladie		-5,25	- 5,25	-5,25	-5,25
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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

Accès facilité aux traitements de certains médicaments d'intérêt thérapeutique majeur à fort enjeux, en cas de ruptures dans le cadre du Plan Blanc médicaments ainsi qu'en cas d'arrêts de commercialisation.

- ***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, etc.)

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.

Décret en Conseil d'Etat pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif de PHS en cas d'arrêt de commercialisation.

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. 5121-1 I du code de la santé publique avant modification	Article L. 5121-1 modifié du code de la santé publique après modification
[...]	[...]
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, lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 , 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 ;	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, lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 , 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 ;
Un décret en Conseil d'Etat définit les préparations hospitalières spéciales qui, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, sont réalisées dans des pharmacies à usage intérieur ou dans des établissements pharmaceutiques des établissements de santé ou de l'Agence nationale de santé publique habilités, dans des conditions qu'il détermine, par le ministre chargé de la santé ou sous leur responsabilité dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5126-6. Ces préparations font l'objet d'une autorisation précisant leurs modalités de réalisation, délivrée à titre exceptionnel et temporaire par :	Un décret en Conseil d'Etat définit les préparations hospitalières spéciales qui, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, sont réalisées dans des pharmacies à usage intérieur ou dans des établissements pharmaceutiques des établissements de santé ou de l'Agence nationale de santé publique habilités, dans des conditions qu'il détermine, par le ministre chargé de la santé ou sous leur responsabilité dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5126-6. Ces préparations font l'objet d'une autorisation précisant leurs modalités de réalisation, délivrée à titre exceptionnel et temporaire par :
a) Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ;	a) Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en cas de rupture de stock **ou d'arrêt de commercialisation** d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ;
b) Le ministre chargé de la santé, pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave ;	b) Le ministre chargé de la santé, pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave ;
	A titre dérogatoire, afin de répondre à l'ensemble des besoins nationaux, le ministre chargé de la santé peut autoriser par arrêté la dispensation par les pharmacies d'officine de ces préparations hospitalières spéciales.

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 ; […]	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 ; Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et temporaire, pour faire face à une rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou à un arrêt de commercialisation d'un tel médicament ou pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave, et pour garantir la qualité et la sécurité d'utilisation des produits, le ministre chargé de la santé autorise par arrêté la réalisation, par les officines disposant de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1-1, pour leur propre compte ou pour le compte d'une autre officine dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1, de préparations officinales spéciales respectant les exigences suivantes : « 1° Elles sont soumises à prescription médicale ; « 2° Elles sont réalisées selon une monographie publiée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; « 3° Elles sont préparées à partir de matière première à usage pharmaceutique fournie par un établissement pharmaceutique d'un établissement de santé défini à l'article L. 5124-9. […]
	Ajout d'un nouvel article L. L. 162-16-4-5 modifié du code de la sécurité sociale
	Les prix de cession, couvrant les frais de la réalisation et de la dispensation en officine, des préparations hospitalières spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles font l'objet d'une dispensation en officine, et des préparations officinales spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 3° du même article sont fixés par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 33 – Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

Pour la DAU

Il est proposé de rendre obligatoire la délivrance à l'unité des médicaments antibiotiques faisant l'objet d'une rupture d'approvisionnement.

Cette mesure est déjà connue des pharmaciens. Sa généralisation pour les antibiotiques en cas de pénurie permettra de garantir un accès aux médicaments d'un nombre accru de patients. Un financement incitatif des pharmaciens est déjà prévu au niveau conventionnel pour la réalisation volontaire de cette activité.

Pour les ordonnances conditionnelles

Il est proposé de rendre obligatoire, en cas de rupture d'approvisionnement de médicaments antibiotiques, le dispositif de l'ordonnance conditionnelle. Cette ordonnance vise à soumettre la délivrance d'antibiotiques au résultat d'un TROD positif en cas d'angine.

Là encore il s'agit d'une pratique déjà connue des médecins et des pharmaciens qu'il convient de renforcer pour assurer une délivrance appropriée et garantir une épargne de médicaments antibiotiques.

L'intérêt de cette mesure réside dans le fait qu'elle agit tant sur les médecins prescripteurs que sur les pharmaciens assurant la délivrance.

Pour l'interdiction de prescription d'antibiotiques en téléconsultation

Il est proposé d'interdire la prescription d'antibiotiques en téléconsultation, cette prescription nécessitant un examen clinique du patient.

Des exceptions seraient prévues pour les cas de prophylaxie antibiotique ne nécessitant pas d'examen clinique (ex. Lyme, prophylaxie avant intervention dentaire), les cas associés à la gestion d'une épidémie nécessitant des mesures de distanciation sociale, et les antibiotiques pour lesquels un TROD peut être utilisé en officine pour confirmer la délivrance d'antibiotiques.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de rendre ces trois mesures obligatoires hors période de rupture d'approvisionnement et/ou pour l'ensemble des médicaments lorsque la dispensation à l'unité est matériellement réalisable (notamment hors les cas de solution liquide) et lorsqu'un test permet de confirmer un diagnostic avant la dispensation.

Néanmoins, l'épisode de ruptures aigues lors de l'hiver dernier a conduit à prioriser ce chantier sur le périmètre des antibiotiques pour offrir une solution à court terme.

Par ailleurs, une autre mesure aurait pu consister à rendre obligatoire le conditionnement de tous les médicaments au format unitaire.

Cependant, dans la mesure où il n'est pas exclu que les pénuries d'antibiotiques surviennent à nouveau à très courts termes, la mesure proposée est apparue plus appropriée en terme de faisabilité. En parallèle, des travaux vont être engagés avec les industriels afin d'envisager les évolutions en terme de conditionnement des médicaments selon un calendrier à déterminer.

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

Pour la DAU

Les conditionnements de médicaments antibiotiques ne permettant pas toujours de correspondre à la prescription et peuvent entrainer une délivrance supérieure au besoin du patient.

Sur la période hivernale 2022/2023 les pharmaciens d'officine ont été incités à proposer la DAU pour les médicaments antibiotiques. Les éléments de consommation fournis par la CNAM ont permis de constater une épargne de médicament et ainsi de moindres dépenses de prise en charge par l'assurance maladie. Dès lors, des économies devraient être engendrés en rendant cette pratique obligatoire en cas de rupture d'approvisionnement.

Pour les ordonnances conditionnelles

Comme pour la mesure précédente, la délivrance d'antibiotiques dans l'indication de l'angine subordonnée aux seuls cas où le diagnostic a pu être confirmé par la réalisation d'un test permet de réduire le nombre de médicaments inadaptés et le cout associé. A l'inverse cette mesure implique une utilisation systématisée des TROD avant prescription ce qui génère un surcoût lié à la réalisation du test.

Pour l'interdiction de prescription en téléconsultation

Cette mesure contribue à réduire les prescriptions d'antibiotiques non justifiées par un examen clinique, sauf exceptions justifiées, et à limiter les volumes d'antibiotiques consommés en ville, avec un impact direct sur les dépenses de l'assurance maladie.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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) ?

Les règles de prescription et de délivrance des médicaments relèvent de la compétence des Etats Membres.

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

a) Possibilité de codification

Les articles identifiés sont : L.5123-7 , L.5123-8 et 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

Pour la DAU

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* *Pourraient être étendues à Wallis-et-Futuna mais nécessité de prévoir des adaptations*

Pour les ordonnances conditionnelles

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* *Pourraient être étendues à Wallis-et-Futuna mais nécessité de prévoir des adaptations*

Pour l'interdiction de prescription en téléconsultation

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* *Pourraient être étendues à Wallis-et-Futuna mais nécessité de prévoir des adaptations*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Impact financier de la DAU

Une simulation a été réalisée à partir des consommations constatées entre octobre 2022 et février 2023. Dans chaque hypothèse, la DAU permettrait d'épargner un nombre important de comprimés dispensés en trop et des dépenses inutiles pour l'assurance maladie.

Il n'est pas attendu que l'acte associé avec la DAU engendre de coût supplémentaire. En effet, le pharmacien est rémunéré 1 euro par délivrance à l'unité, dans une enveloppe maximum de 500 euros par an. Cette enveloppe intègre la dispensation à l'unité pour les stupéfiants (obligatoire) que les pharmaciens exercent au quotidien. L'enveloppe maximum étant déjà atteint avec la DAU des stupéfiants, la DAU des antibiotiques n'engendrera pas de surcoût.

L'estimation du gain associé pour l'assurance maladie porte sur les économies associées au différentiel entre les conditionnements actuels, et le nombre de comprimés nécessaires pour un traitement standard.

Dans l'exemple de l'amoxicilline, le traitement standard (3g par jour pendant 5 jours) correspond à 3 boîtes de 12 unités en amoxicilline 500 mg, et à 3 boîtes de 1 g.

Pour chaque traitement dispensé sans DAU, ce sont donc 6 gélules de 500 mg, ou 3 comprimés de 1 g, qui ne sont pas strictement nécessaires au traitement prescrit.

Une valorisation du prix à l'unité correspond à une moindre dépense, sur la période d'octobre 2022 à février 2023 :

- De 8,9 M de comprimés d'1g = 2,9 M€ ;

- De 3 M de gélules de 500 mg = 3,8 M€

L'économie attendue avec l'obligation de DAU d'amoxicilline et amoxicilline/acide clavulanique est évaluée à environ 6 M€.

Le même raisonnement pour la boîte d'amoxicilline de 500g conduit à une estimation budgétaire similaire.

Cette estimation de l'épargne générée est un minorant dans la mesure où elle est fondée sur des posologies et durées recommandées dans certaines indications et que certaines prescriptions peuvent prévoir une posologie et/ou une durée de traitement entrainant une dispensation plus importante de comprimés non utilisés.

Impact financier des ordonnances conditionnelles

Si on évalue l'impact financier de la mise en place d'ordonnances conditionnelles pour la dispensation d'amoxicilline-amoxicilline dans le cas d'angine (cas le plus courant d'utilisation de test avant dispensation d'antibiotique).

Dans son rapport annuels Charges et Produits 2023, la Cnam précise que 1,2 million de TROD angine ont été commandés par les médecins et 52 000 tests ont été réalisés en officine. Or sur environ 9 millions d'angine annuelle, 1/3 seulement nécessiterait une prescription d'antibiotiques.

La mesure proposée vise à rendre obligatoire la réalisation d'un TROD angine, rémunéré en moyenne 6,50 € TTC, avant prescription d'antibiotiques. Cette mesure implique une dépense budgétaire supplémentaire liée au test, estimée à 5,8 M€ dans l'hypothèse d'une application sur 10% des cas d'angines diagnostiquées par an (« plan blanc » sur une durée limitée).

A l'inverse, le coût de traitement d'amoxicilline (en moyenne 2 boites de 6 comprimés, pour un coût de 3,98 € TTC) pourrait diminuer de 2,5 M€, suivant l'hypothèse où 2/3 des résultats de tests rapides conduiraient à un résultat d'angine virale, qui ne nécessite pas la prescription d'antibiotiques

L'impact budgétaire correspondrait donc à une dépense supplémentaire globale de **3,3 M€.**

Impact financier des téléconsultations sans prescription d'antibiotiques

Suivant une estimation de 10 % de téléconsultations dans l'activité des médecins généralistes et dans leur activité de prescription, cette mesure pourrait limiter de l'ordre de 10 % les prescriptions d'antibiotiques réalisées sur la durée du plan blanc (10% de l'année, cf. hypothèse ci-dessus pour ordonnances conditionnelles).

La prescription d'antibiotiques pourrait diminuer de 1 % sur une année complète, soit de l'ordre de **500 K€** pour l'amoxicilline sur une année.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		+6 -3,3 +0,5			
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

Cette mesure a un impact social en terme de lutte contre les pénuries d'antibiotiques et également un impact dans le cadre de l'antibiorésistance.

- ***Impact sur les jeunes***

Néant.

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

Néant.

c) impacts sur l'environnement

Limitation du nombre de médicaments qui seront gaspillés (médicaments non utilisés). Par ailleurs, ces médicaments ayant un impact sur l'environnement du fait de leur difficile dégradation et des résistances bactériennes qu'ils peuvent générer, la limitation de leur dispensation dans des cas non justifiée aura un effet positif sur l'environnement.

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, etc.)

La délivrance à l'unité est déjà en vigueur, elle deviendrait obligatoire pour le cas de rupture d'antibiotiques, ce qui n'entraîne pas d'impact significatif

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.

- Arrêté présentant la liste des médicaments soumis à l'obligation de la délivrance à l'unité. –Arrêté présentant la liste des médicaments pour lesquels le recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle est obligatoire, complétant l'arrêté du 13 décembre 2021 fixant la liste des médicaments pour lesquels il peut être recouru à une ordonnance de dispensation conditionnelle et les mentions à faire figurer sur cette ordonnance.

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 place sera effective mi-2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Communication dans le cadre des mesures introduites dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2024

d) Suivi de la mise en œuvre

La CNAM pourra suivre l'application de la dispensation à l'unité des antibiotiques concernés et l'impact sur les quantités moyennes prescrites.

La CNAM pourra suivre l'évolution de l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique associés à la mesure et l'évolution des prescriptions d'antibiotiques dans les indications concernées par la mesure (antibiotiques).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.5121-29 du code de la santé publique avant modification	Article L.5121-29 du code de la santé publique après modification
Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments assurent un approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France.	**I.** - Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments assurent un approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France.
A cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national et situé sur le territoire français, sur celui d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou sur celui d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande.	A cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national et situé sur le territoire français, sur celui d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou sur celui d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande.
En outre, les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments approvisionnent de manière appropriée et continue tous les établissements autorisés au titre d'une activité de grossiste-répartiteur afin de leur permettre de remplir les obligations de service public mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5124-17-2. Ils prennent toute mesure utile pour prévenir et pallier toute difficulté d'approvisionnement et permettent, en cas de rupture de stock, la mise à disposition des informations dont ils disposent aux pharmaciens d'officine, aux pharmaciens de pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1 et aux pharmaciens responsables ou délégués des grossistes-répartiteurs.	En outre, les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments approvisionnent de manière appropriée et continue tous les établissements autorisés au titre d'une activité de grossiste-répartiteur afin de leur permettre de remplir les obligations de service public mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5124-17-2. Ils prennent toute mesure utile pour prévenir et pallier toute difficulté, **rupture ou risque de rupture** d'approvisionnement et permettent, en cas de rupture de stock, la mise à disposition des informations dont ils disposent aux pharmaciens d'officine, aux pharmaciens de pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1 et aux pharmaciens responsables ou délégués des grossistes-répartiteurs. **II. - La rupture d'approvisionnement se définit comme l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1, de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Ce délai, ainsi que les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament, sont définis par décret en Conseil d'Etat.**
	Article L.5121-33-1 du code de la santé publique (nouveau)
	En cas de rupture d'approvisionnement, un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance dite de dispensation conditionnelle, dans les conditions prévues par les articles L. 5121-12-1-1 et L. 5121-20, ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues par l'article L. 5123-8. Il est mis fin sans délai à ces mesures, par arrêté du même ministre, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

	L'arrêté mentionné au premier alinéa précise les médicaments concernés parmi ceux identifiés en application du 15° de l'article L. 5121-20 ou mentionnés sur la liste établie en application du deuxième alinéa de l'article L. 5123-8.
	Article L.5121-33-2 du code de la santé publique (nouveau)
	En cas de rupture d'approvisionnement, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté, limiter ou interdire la prescription de certains médicaments concernés par cette rupture d'approvisionnement désignés dans l'arrêté, réalisée par un acte de télémédecine. Il est mis fin sans délai à ces mesures, par arrêté du même ministre, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

Article 34 – Faciliter l'inscription d'un acte à la nomenclature lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

Dans l'esprit de la mesure 30 du CSIS (plan France Innovation 2030), les entreprises pourront déposer directement une demande d'évaluation de tout acte associé à un dispositif médical en vue d'une inscription dans le droit commun auprès de la HAS.

L'enjeu est d'améliorer la pertinence des traitements grâce à un meilleur accès à ces technologies utilisées par des professionnels de santé. Ainsi, cela permettra aux établissements de santé et aux professionnels de santé de ville de bénéficier plus largement de ces solutions et de rendre l'ensemble du système beaucoup plus dynamique.

A long terme, cette mesure permettra une meilleure gestion des ressources médicales et techniques, ainsi qu'une amélioration du déroulement des consultations. La prise en charge permettra d'augmenter le nombre de patients traités et améliorera le parcours des patients par une allocation plus efficace des moyens financiers, humains et matériels.

En termes enfin de résultats cliniques, la prise en charge aura un impact fort sur la précocité et l'efficacité du diagnostic, sur le traitement thérapeutique, sur le pronostic des patients et sur leur consommation de médicaments, notamment ceux en tension.

Ce nouveau canal de dépôt direct nécessitera des modifications administratives, en permettant aux industriels d'accéder directement au formulaire de demande d'évaluation d'acte professionnel actuellement utilisé par les CNP, via la plateforme EVActe de la HAS.

Ainsi, afin de s'assurer de la bonne information des professionnels de santé concernés par la demande industrielle, puis de leur bonne collaboration lors de l'évaluation, le formulaire complété par l'industriel devra spécifiquement contenir un courrier de soutien du CNP directement concerné par l'acte à évaluer. Ces modifications de la plateforme EVActe pour intégrer les demandes des entreprises et faire converger les différentes modalités de saisine devront être finalisées dès 2024.

Le processus de sélection des demandes d'évaluation d'actes professionnels sera la même que celui actuellement utilisé pour les CNP.

Afin d'améliorer la réactivité des réponses aux demandes d'évaluation, deux campagnes par an seront organisées dans un premier temps pour faciliter les dépôts de dossiers et ainsi réduire les délais globaux d'évaluation.

L'ouverture des demandes aux industriels ainsi que l'évolution de la périodicité des campagnes va se traduire par une augmentation du nombre d'évaluations d'actes à réaliser par la HAS. Sous réserve d'une évaluation favorable de la HAS, cette ouverture dans les modalités de dépôt conduira à une augmentation des actes inscrits.

En complément de cette mesure législative qui supprime la possibilité de renouveler les délais d'évaluations complémentaires de la HAS, les autres délais d'examen comme ceux de l'Uncam seront précisés par voie réglementaire afin de renforcer la visibilité pour les acteurs et de pouvoir réduire le délai global entre la demande d'inscription et l'entrée en vigueur de l'acte. Actuellement, la HAS dispose d'un délai de 6 mois renouvelable une fois pour rendre son avis, avant de le transmettre à l'Uncam. Ensuite, le Haut conseil des nomenclatures dispose lui aussi d'un délai de 6 mois renouvelable une fois pour proposer une hiérarchisation de ce nouvel acte, qui est alors transmise à la commission de hiérarchisation des actes professionnels ou des actes de biologie qui se réunissent quatre fois par an. Cet avis est rendu dans un délai de 3 mois. Concernant les actes innovants, le HCN peut inscrire provisoirement l'acte pour une durée de 3 ans, renouvelable une fois. Une fois cette évaluation médico-économique formalisée, l'Uncam saisit, sans obligation de délai, les professionnels concernés et l'Unocam qui ont 21 jours pour rendre leur avis. Le ministère a enfin 21 jours pour approuver ou non la décision d'inscription avant son éventuelle publication au JO. Ainsi, aujourd'hui, de la saisine de la HAS jusqu'à la publication de la décision d'inscription au JO, il peut se passer près d'1,5 an.

b) Autres options possibles

Un maintien de la situation actuelle est envisageable mais ne permettrait pas d'accélérer le processus d'évaluation des actes associés à des dispositifs médicaux.

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

De manière générale, selon la HAS, la majorité des demandes d'évaluations en vue du remboursement d'actes nouveaux portent actuellement sur des actes diagnostiques pouvant impliquer soit des DM-DIV soit des DM à usage collectif (équipements par exemple).

Cette mesure va permettre une inscription pour un plus grand nombre de nouveaux actes. Elle va ainsi conduire à une dépense nouvelle liée au remboursement de ces actes. A l'inverse, l'inscription de nouveaux actes pourra également améliorer l'efficience de certaines prises en charge, et pourrait diminuer des dépenses de santé existantes. La mesure aura donc un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base (deuxième alinéa du 1° de l'article LO.111-3-8 du CSS pour les années ultérieures).

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 cette mesure.

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

a) Possibilité de codification

La mesure s'intègre dans l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale sur la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé.

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 directement applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure directement applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non directement applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure permettra l'inscription et donc le financement de nouveaux actes à la demande des industriels lorsque leur dispositif médical est porteur de l'action thérapeutique ou diagnostique dans le droit commun.

L'impact financier dépendra du nombre exact d'actes concernés, des résultats d'évaluation de la HAS et du niveau de prise en charge dans le droit commun.

Si le nombre d'actes qui sera évalué est par définition difficile à préciser, d'après les acteurs industriels et la HAS on peut estimer le volume entre 4 et 20 actes à visée diagnostique par an, soit une hypothèse médiane de 12 actes par an. Le nombre d'actes à visée thérapeutique peut être estimé à 5 par an en moyenne.

En prenant pour hypothèse que 40% des actes évalués conduiront à une inscription en nomenclature, on peut ainsi estimer le nombre de nouveaux actes inscrits à 7 par an à compter de 2025. Cette estimation dépendra de la qualité des dossiers de demande et ne préjuge pas de l'évaluation par la HAS.

En prenant pour hypothèse un coût moyen par acte inscrit de 555 000 € par an, l'impact financier peut ainsi être évalué à 3,9 M€ par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie			-3,9	-3,9	-3,9
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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 un environnement économique dynamique des dispositifs médicaux, qui représente 30 Mds€ de chiffre d'affaires sur le marché français.

Cette mesure s'inscrit dans la stratégie de pertinence et d'efficience des dépenses de santé, notamment concernant les soins de ville (régulation tarifaire, pertinence des actes et des nomenclatures) et les produits de santé. En termes de prévention, l'enjeu est de détecter précocement (renforcer le dépistage) et protéger contre les principales affections (accroitre les taux de vaccination).

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 mesure n'induit aucune démarche supplémentaire pour l'assuré en comparaison de ce qui existe aujourd'hui.

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

Les plateformes SI de dépôt devraient être légèrement modifiées dès 2023 afin d'autoriser le dépôt par les entreprises lors de deux campagnes annuelles dès 2024 au lieu d'une actuellement, et de faire converger les différentes procédures de demandes.

Par ailleurs, le raccourcissement des délais envisagé par voie réglementaire, en s'articulant avec les délais envisagés pour les inscriptions au RIHN, nécessitera une évolution des méthodes de travail et des organisations au sein de la HAS et de la caisse nationale d'assurance maladie.

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

Cette mesure pourrait entraîner une augmentation de la charge de travail de la HAS afin de réaliser les évaluations nécessaires au traitement des demandes d'inscription au titre de cette nouvelle procédure. La mesure pourrait également conduire à une légère augmentation du nombre d'actes à prendre en compte par les caisses de sécurité sociale (UNCAM, CHAP et CHAB).

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.

Afin de mettre en œuvre l'intégration des entreprises à la liste des demandeurs, les textes suivants devront être créés ou modifiés avant le terme du premier semestre 2024 :

- Le DCE fixant les conditions d'inscription d'actes pris en application de l'article L162-1-7 du CSS devra être modifié.

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 HAS devra réviser le formulaire de demande d'évaluation et faire évoluer les critères de recevabilité avant la fin de l'année 2023. La mesure ne pourrait ainsi être effective qu'à partir de la campagne 2024 (demandes formulées pour 2025).

La modification de la plateforme informatique de dépôt pour intégrer les demandes des entreprises et faire converger les différentes modalités de saisine devra ainsi être finalisée dans le courant du 1er semestre 2024.

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. 162-1-7 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale après modification
I.-La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé, en maison de santé, en maison de naissance ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut être provisoire pour les actes innovants dans des conditions fixées par décret et faire l'objet d'une révision en respectant une durée de trois ans renouvelable une fois. Elle peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	I.-La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé, en maison de santé, en maison de naissance ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut être provisoire ~~*pour les actes innovants*~~ dans des conditions fixées par décret et faire l'objet d'une révision en respectant une durée de trois ans ~~*renouvelable une fois*~~. Elle peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
II.-La demande d'inscription de l'acte ou de la prestation est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la Haute Autorité de santé. Cet avis porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. Il mentionne également si nécessaire les conditions tenant à des indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient et des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. A la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1. Cet avis est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations complexes.	II.-La demande d'inscription de l'acte ou de la prestation est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la Haute Autorité de santé. Cet avis porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. Il mentionne également si nécessaire les conditions tenant à des indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient et des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. A la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1. Cet avis est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, ~~*renouvelable une fois pour les évaluations complexes.*~~
Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ainsi que les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé.	~~*Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ainsi que les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé.*~~ ***Peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du***

	service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par voie réglementaire : ***1° les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ;*** ***« 2° les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code ;*** ***« 3° l'exploitant, au sens du I de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale, d'un produit de santé mentionné à l'article L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, lorsque ce produit est, d'une part, associé à l'action thérapeutique ou diagnostique de l'acte à évaluer et, d'autre part, à usage collectif.***
III.-L'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit le Haut Conseil des nomenclatures chargé de procéder à la description ainsi qu'à la hiérarchisation des actes et des prestations institué au IV et lui transmet l'avis de la Haute Autorité de santé. Le Haut Conseil des nomenclatures établit un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est remis, dans un délai de six mois, renouvelable une fois pour les évaluations complexes, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis simple de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin. IV.-Le Haut Conseil des nomenclatures est chargé : 1° De proposer à la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations ; 2° D'étudier les actes et les prestations qui lui sont soumis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vue de les décrire et de les hiérarchiser conformément à la méthodologie mentionnée au 1°. Le Haut Conseil des nomenclatures est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, ainsi que des personnes qualifiées nommées dans des conditions déterminées par décret. Un représentant de la Haute Autorité de santé, un représentant des patients ainsi que le président de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecins assistent à ses travaux. Le Haut Conseil des nomenclatures remet chaque année un rapport d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation. Ce rapport est rendu public. Le secrétariat est assuré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. V.-Des commissions compétentes pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation.	III.-L'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit le Haut Conseil des nomenclatures chargé de procéder à la description ainsi qu'à la hiérarchisation des actes et des prestations institué au IV et lui transmet l'avis de la Haute Autorité de santé. Le Haut Conseil des nomenclatures établit un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est remis, dans un délai de six mois, ~~*renouvelable une fois pour les évaluations complexes,*~~ à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis simple de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin. IV.-Le Haut Conseil des nomenclatures est chargé : 1° De proposer à la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations ; 2° D'étudier les actes et les prestations qui lui sont soumis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vue de les décrire et de les hiérarchiser conformément à la méthodologie mentionnée au 1°. Le Haut Conseil des nomenclatures est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, ainsi que des personnes qualifiées nommées dans des conditions déterminées par décret. Un représentant de la Haute Autorité de santé, un représentant des patients ainsi que le président de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecins assistent à ses travaux. Le Haut Conseil des nomenclatures remet chaque année un rapport d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation. Ce rapport est rendu public. Le secrétariat est assuré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. V.-Des commissions compétentes pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont

Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées paritairement de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux. La commission compétente pour la profession des médecins est tenue informée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, qui lui adresse ses rapports. Elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du Haut Conseil des nomenclatures. Elle émet également un avis sur les rapports du Haut Conseil des nomenclatures relatifs à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans un délai défini par décret. Pour les autres professions, les commissions déterminent les règles de hiérarchisation des actes de leurs professions. VI.-Par dérogation au III, les actes cliniques et les actes effectués par les biologistes-responsables et biologistes coresponsables mentionnés aux articles L. 6213-7 et L. 6213-9 du code de la santé publique sont inscrits par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission compétente pour leur profession. VII.-Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. Les décisions d'inscription de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. VIII.-Tout acte ou prestation inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. IX.-Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	composées paritairement de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux. La commission compétente pour la profession des médecins est tenue informée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, qui lui adresse ses rapports. Elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du Haut Conseil des nomenclatures. Elle émet également un avis sur les rapports du Haut Conseil des nomenclatures relatifs à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans un délai défini par décret. Pour les autres professions, les commissions déterminent les règles de hiérarchisation des actes de leurs professions. VI.-Par dérogation au III, les actes cliniques et les actes effectués par les biologistes-responsables et biologistes coresponsables mentionnés aux articles L. 6213-7 et L. 6213-9 du code de la santé publique sont inscrits par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission compétente pour leur profession. VII.-Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. Les décisions d'inscription de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. VIII.-Tout acte ou prestation inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. IX.-Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article 35 – Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants (accès précoces et compassionnels)

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Fonctionnement actuel de l'accès aux médicaments innovants

Anciennement autorisations temporaires d'utilisation (ATU), les autorisations d'accès précoces (AAP) permettent un accès anticipé des patients français aux innovations. Ce dispositif permet ainsi une prise en charge parmi les plus précoces de l'Union européenne, et potentiellement avant que l'autorisation de mise sur le marché (AMM) soit octroyée par l'agence européenne du médicament (EMA). Dans ce dernier cas, l'autorisation est octroyée sur avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur la présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication considérée. Les autorisations d'accès précoces sont attribuées par la Haute Autorité de Santé (HAS), après demande du laboratoire, sur la base de 4 critères devant être remplis concomitamment :

1. Le médicament doit être destiné à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes ;
2. Il n'existe pas de traitement approprié disponible ;
3. La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;
4. Le médicament est présumé innovant, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.

Pour les médicaments non encore disponibles dans le droit commun en France (ou primo-indications), l'industriel déclare le montant de l'indemnité[1] maximale qu'il réclame. Dans le cadre des accès précoces délivrés sur des extensions d'indication, le prix publié au Journal Officiel (JO) du médicament, au titre des autres indications prises en charge, fait office de compensation. Les prix appliqués en accès précoce sont publiés annuellement sur le site du ministère de la santé et de la prévention.

Depuis la réforme, pour tenir compte d'une indemnité fixée librement par l'industriel et pour limiter l'effet de trésorerie pour les entreprises au moment du débouclage (cf. infra), des remises sont appelées chaque année sur le chiffre d'affaires annuel réalisé du médicament en accès précoce, en multipliant l'indemnité par les volumes réalisés. Ces remises annuelles sont calculées par un système de grille avec un taux de remise augmentant avec le chiffre d'affaires. Des majorations peuvent dans certains cas s'additionner au taux de remise annuel obtenu (par exemple l'absence de dépôt de demande d'AMM ou de remboursement dans les délais réglementaires).

Les négociations tarifaires avec le comité économique des produits de santé (CEPS) ont lieu durant la période d'accès dérogatoire pour rentrer dans le droit commun. Une fois achevées, un prix de référence est déterminé, remplaçant le montant de l'indemnité précédemment déclaré. Le prix de référence est utilisé pour calculer la remise finale de débouclage. Il détermine ainsi le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence sur l'ensemble de la période totale d'accès précoce du médicament dans ladite indication. Plus le prix négocié est éloigné de l'indemnité perçue en période d'accès dérogatoire, plus la remise de débouclage versée par l'industriel est importante. Ce montant de remise est minoré des remises déjà appelées dans le cadre de la période dérogatoire.

Un prix de référence se voit également fixé en cas :

- de non inscription du médicament sur une liste de remboursement pour l'indication ayant fait l'objet d'un accès précoce, suite à un SMR insuffisant ou une absence d'AMM par exemple,
- ou pour une inscription sur la seule liste collectivité si le médicament s'avère non éligible à la liste en sus. Cette situation se produit surtout pour les médicaments ayant obtenu une ASMR V sans comparateur cliniquement pertinent inscrit sur la liste en sus.

Limites constatées

(a) Pour certains de ces traitements, à la fin de la prise en charge au titre de l'accès précoce, l'inscription dans le droit commun sur la seule liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics – pour être achetées et utilisées à l'hôpital – peut être la conséquence d'un octroi par la HAS d'une absence d'amélioration de service médical rendu (ASMR V) ou d'un service médical rendu (SMR) suffisant, dans l'attente de données supplémentaires. Or ces niveaux ne permettent pas l'inscription du médicament sur la liste en sus, qui permet un financement intégral par l'assurance maladie en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque des indications présentent un caractère innovant. Cela peut soulever des problèmes d'accès des patients au médicament, aussi bien pour les initiations que pour les continuités de traitement, du fait du niveau élevé de prix de vente librement fixé par le laboratoire auquel le médicament est proposé aux établissements de santé rapporté au montant des tarifs des séjours hospitaliers concernés.

[1] Ici le terme indemnité plutôt que prix est utilisé pour définir le montant versé par l'assurance maladie pour chaque médicament (non encore disponible dans le droit commun) dans le cadre de l'accès précoce, car le montant d'indemnisation demandé par le laboratoire n'a pas fait l'objet de négociation avec le CEPS.

La prise en considération de l'incertitude a été intégrée dans la nouvelle doctrine de la Commission de la Transparence de mars 2023. Son évaluation reflète ainsi l'immaturité des données disponibles. Les délais d'obtention des données complémentaires permettant de confirmer cette ASMR ou ce niveau de SMR sont longs (en moyenne 2,5 ans) et ne conduisent pas toujours à une réévaluation à la hausse du niveau d'ASMR ou de SMR par la commission. Cette situation pose la question des modalités de financement durant la phase d'incertitude et donc de l'articulation du dispositif d'accès précoce avec le droit commun pour ces cas spécifiques, dont la phase de transition pourrait être davantage accompagnée au regard du besoin potentiel de ces traitements pour les patients, dans l'attente de données complémentaires de la part de l'industriel.

(b) A ce jour, l'autorisation d'accès précoce n'est pas associée à un engagement de l'industriel à assurer l'approvisionnement du marché français. Des limitations de production sur des produits spécifiques, tels que les CAR-T cells, ont parfois été constatées alors même qu'une autorisation d'accès précoce avait été octroyée au regard d'un dossier de demande déposé par l'industriel comprenant des prévisions de volumes de ventes, non respectées par la suite. Des contingentements de traitements au profit de l'approvisionnement d'autres pays étrangers ont aussi été constatés. L'octroi d'une autorisation d'accès précoce témoigne de l'intérêt de disposer du produit pour les patients. Dès lors, l'industriel devrait être en capacité d'assurer l'approvisionnement du marché français en contrepartie d'une prise en charge autorisée en amont du droit commun.

(c) L'autorisation d'accès compassionnel vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne font pas l'objet d'essais cliniques à caractère commercial en vue de l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché, mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert en l'absence de traitement approprié. Cette autorisation est demandée 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.

Une autorisation d'accès compassionnel ne peut pas être accordée par l'ANSM dans une indication considérée si la HAS a refusé l'accès précoce dans ladite indication. Or, dans certaines situations, ce refus d'accès précoce est motivé par l'absence de présomption d'innovation. Pourtant, ce critère n'est pas évalué par l'ANSM lorsqu'elle statue sur l'opportunité de délivrer un accès compassionnel. Seuls les critères suivants sont évalués pour les accès compassionnels :

1. Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;
2. Il n'existe pas de 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.

Depuis l'entrée en vigueur du dispositif d'accès dérogatoires, deux spécialités se sont vues refuser l'accès précoce au seul motif de l'absence de présomption d'innovation.

b) Mesure proposée

La mesure a pour objectif de continuer à améliorer les dispositifs d'accès précoce et compassionnel pour favoriser l'accès des patients à ces traitements tout en assurant la soutenabilité du dispositif. Plusieurs leviers d'amélioration sont proposés : (a) en mettant en place un dispositif de prise en charge en sus dérogatoire et temporaire à la suite d'une fin de prise en charge accès précoce dans certaines situations, (b) en recueillant l'engagement de l'industriel quant à l'approvisionnement du marché français durant l'accès précoce, (c) en assouplissant les critères d'octroi des accès compassionnels par l'agence nationale de sécurité du médicaments et des produits de santé (ANSM), et enfin (d) en sécurisant l'octroi d'autorisation d'accès précoce aux médicaments particuliers que sont les vaccins.

- **A. Mise en place d'une prise en charge, en sus des tarifs hospitaliers, dérogatoire et temporaire pour certains médicaments en fin de prise en charge au titre de l'accès précoce**

Afin d'assurer une continuité de traitement pour les patients traités en accès précoce par une thérapie qui ne serait pas inscrite sur la liste de remboursement en sus dans l'indication considérée à la suite de son évaluation par la HAS (SMR suffisant ou ASMR V, en attente de données), il est proposé d'instaurer un nouveau dispositif de prise en charge, en sus des tarifs hospitaliers, dérogatoire et temporaire.

Ce nouveau financement couvrirait la période entre la fin de prise en charge au titre de l'accès précoce, et le nouvel avis d'évaluation médico-technique de la commission de la transparence dans la limite de 3 ans de prise en charge, au regard des nouvelles données déposées par l'entreprise. Cette réévaluation permettra de justifier – ou non – *a posteriori*, la prise en charge en sus temporairement accordée.

La prise en charge, en sus des tarifs hospitaliers, serait accordée temporairement au niveau d'une indemnité fixée au regard du prix le plus bas pratiqué au sein des marchés européens d'une taille similaire à celui de la France (Grande-Bretagne, Allemagne, Italie et Espagne) ou à défaut sur la base de l'indemnité librement fixée en accès précoce. Afin de considérer la première évaluation rendue par la HAS, à savoir une ASMR V en attente de données empêchant un accès à la liste en sus et le délai d'octroi des nouvelles données, et à la lecture des avantages conventionnels permis par l'accord-cadre actuellement en vigueur liant le CEPS et le LEEM, il est proposé de retenir le prix le plus bas pratiqué au sein des 4 pays précédemment mentionnés, le cas échéant le montant de l'indemnité librement fixée en accès précoce, et d'y appliquer une décote fixée par arrêté des ministres.

Dans le cadre de ce modèle transitoire, la prise en charge à titre onéreux est assurée pour une période de trois ans. Des remises sont appelées annuellement pendant cette période, selon une grille fixée par par voie règlementaire.

Une fois l'avis de réévaluation rendu par la HAS, deux scenarii sont possibles :

1. L'avis rendu par la HAS rend éligible le médicament à une inscription sur la liste en sus. Une négociation se tient alors entre le CEPS et le laboratoire exploitant afin d'inscrire la thérapie dans le droit commun. Selon les mêmes modalités de calcul que pour l'accès précoce, un prix de référence est établi et une remise de débouclage déterminée sur l'entièreté de la période d'accès précoce et de prise en charge transitoire. La prise en charge transitoire s'achève à la publication de l'arrêté inscrivant le médicament sur la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

2. L'avis rendu par la HAS ne rend pas éligible le médicament à une inscription sur la liste en sus. Un prix de référence est alors fixé par le CEPS et une remise de débouclage déterminée sur l'entièreté de la période d'accès précoce et de prise en charge transitoire est appelée. La publication d'un arrêté au Journal Officiel symbolise la fin de la prise en charge dans le cadre du modèle transitoire. Une inscription aux collectivités uniquement demeure possible.

- **B. Engagement contractuel de l'industriel à approvisionner le marché français dans le cadre de l'accès précoce**

Il est proposé *via* cette mesure de solliciter un engagement de l'industriel déposant une demande d'accès précoce pour une indication à assurer l'approvisionnement du territoire et, ainsi, satisfaire aux besoins des patients français. Dans l'éventualité d'un engagement non respecté, des majorations de remise seraient appliquées au laboratoire.

- **C. Assouplir les critères d'octroi des accès compassionnels par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**

Lorsqu'une spécialité se voit refuser l'accès précoce au seul motif qu'elle n'est pas présumée innovante, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent, il est alors proposé que l'ANSM puisse délivrer des accès compassionnels dans l'indication considérée.

- **D. Sécuriser l'octroi d'autorisation d'accès précoce aux médicaments particuliers que sont les vaccins**

La mesure propose d'ajouter un critère d'octroi aux autorisations d'accès précoce, spécifiquement pour les vaccins. En effet, si la liste des critères d'entrée en accès précoce est claire, ces mêmes critères ne sont pas adaptés dans le cas d'un vaccin qui demanderait un accès précoce. En effet, pour prescrire au mieux les vaccins, il est nécessaire d'avoir une recommandation de la Haute Autorité de Santé relative au schéma vaccinal. Cette mesure a pour ambition d'anticiper l'arrivée de vaccins dans le dispositif d'accès précoce.

c) Autres options possibles

Parmi les autres options, aurait pu être envisagé un maintien dans l'accès précoce sans inscription aux collectives, dans l'attente des nouvelles données, accompagné d'une majoration de remise annuelle. D'une part, il apparait complexe de solliciter des taux de remises supérieurs à 90%, et d'autre part cette option aurait conduit à un dévoiement de l'accès précoce qui a vocation à assurer une prise en charge temporaire et limitée dans le temps, et non de prendre en charge la fin des essais cliniques par l'assurance maladie. Enfin, l'impact budgétaire notoire avec, malgré des taux de remises substantiels, des coûts par patient pouvant apparaitre supérieurs à ceux actuellement payés via les alternatives prises en charge en droit commun.

Afin de garantir l'approvisionnement en médicaments en accès précoce, il aurait pu être proposé de retirer toute autorisation d'accès précoce dès lors qu'une tension est constatée durant la période de prise en charge précoce. Néanmoins, cette option pourrait conduire à une perte de chance pour les patients et n'a donc pas été retenue.

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

La mesure relève du 3° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale et prend place à ce titre dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (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 cette mesure.

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

a) Possibilité de codification

La mesure proposée modifie les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

Il est également modifié les articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-3, L. 162-22-7-3 et L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

La mesure insère l'article L. 162-16-5-1-2 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 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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

[Prise en charge, en sus des tarifs hospitaliers, dérogatoire et temporaire pour certains médicaments]

Le nouveau cadre de prise en charge dérogatoire et temporaire proposé en fin d'accès précoce dans certaines situations aurait concerné, sur les années 2022-2023, 7 médicaments. En retenant les hypothèses suivantes :

- Indemnité équivalente au prix européen le plus bas parmi les pays suivants : Grande-Bretagne, Allemagne, Italie et Espagne avec l'application d'une décote de 20%.
- Application d'une remise de 50% sur la première année, puis majoration de 15% chaque année dans la limite de trois années de prise en charge à titre onéreux.

Et les hypothèses suivantes :

- Délai entre la réception des nouvelles données par le laboratoire et la publication de l'avis HAS de réévaluation : 9 mois
- 100% des réévaluations permettent une inscription sur la liste en sus
- Durée de la négociation de prix avec le CEPS et de la publication au Journal Officiel : 12 mois
- Progression des volumes de ventes d'une année sur l'autre (basée sur les prévisions de ventes fournies par les industriels commercialisant les 7 médicaments retenus)

Un surcout pour l'assurance maladie de 39 M€ en année 1, 43 M€ en année 2 et 32 M€ en année 3 peut être attendu. Cette décroissance s'explique par la majoration des remises en année 3 ainsi qu'une présence dans le dispositif transitoire plus courte pour deux médicaments dont les nouvelles données doivent survenir assez rapidement (2 ans et demi pour ces deux thérapies).

Article 35 – Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants (accès précoces et compassionnels)

[Assouplir les critères d'octroi des accès compassionnels par l'ANSM]

A ce jour, seules deux spécialités se sont vu refuser l'autorisation d'accès précoce au seul motif qu'elles n'étaient pas présumées innovantes, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent. Si l'ANSM leur octroyait une autorisation d'accès compassionnel, au regard de l'indemnité sollicitée par l'entreprise et de la population cible, en appliquant la grille de remise des spécialités faisant l'objet d'une autorisation d'accès compassionnel, cela aurait conduit à un surcoût pour l'assurance maladie de l'ordre de 13,9 M€ en 2023 et 17,6 M€ en 2024. Par transposition et hypothèse de maintien de l'autorisation, la mesure conduirait à un surcoût pour l'assurance maladie de 20 M€ les années suivantes.

[Sécuriser l'octroi d'autorisation d'accès précoce aux médicaments particuliers que sont les vaccins]

Ces 3 dernières années, le coût moyen annuel d'un vaccin inscrit dans le droit commun est de 26 M€. En prenant pour hypothèse qu'un vaccin par an rentrera dans le dispositif, au regard du montant de l'indemnité non anticipable et de la population cible, après application de la grille de remise d'accès précoce, l'impact moyen de cette mesure sera de 14 M€ par an pour l'assurance maladie.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		-66,9	-74,6	-66	-34
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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 une amélioration de l'accès aux dispositifs d'accès précoces et compassionnels et la soutenabilité financière par la solidarité nationale.

b) Impacts sociaux

Cette mesure permettra aux patients souffrant de maladies graves et rares en l'absence de traitement approprié de disposer d'un meilleur accès aux nouveaux médicaments présumés innovants par le biais d'une amélioration des octrois compassionnels et de la période de transition entre les accès dérogatoires et le droit commun.

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

Elle permettra cependant aux assurés de bénéficier, 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, tout en leur garantissant le maintien d'un accès aux produits matures essentiels.

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

La mesure proposée aura un impact sur le CEPS et la CNAM ou les URSSAF (ACOSS), concernant le calcul des remises annuelles.

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.

Des décrets préciseront les modalités d'application de la mesure. Ils seront publiés lors du premier semestre 2024.

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 ne nécessite pas de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

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. Des éléments d'analyse pourront figurer dans le rapport annuel d'activité du CEPS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 5121-12 avant modification	**Article L. 5121-12 après modification**
I. - L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies : 1° Il n'existe pas de traitement approprié ; 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ; 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ; 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent. II. - L'accès précoce s'applique : 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 ; 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, 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. III. - L'utilisation 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 ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable. Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments, 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. IV. - L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil 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 et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments.	I. - L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies : 1° Il n'existe pas de traitement approprié ; 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ; 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques, **et, s'agissant d'un vaccin, au vu de recommandations vaccinales émises par la Haute Autorité de Santé** ; 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent **;** II. - L'accès précoce s'applique : 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 ; 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, 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. III. - L'utilisation 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 ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable. Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments, 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. IV. - L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure **L**'exploitation du médicament : 1° **D'un engagement d'approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre Ier quarter du présent titre ;** **2° D**'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et

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. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées 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. L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. […]	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 et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments. 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. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées 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. L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. […]
Article L5121-12-1 avant modification	**Article L5121-12-1 après modification**
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 ; 2° Il n'existe pas de 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 du présent article, 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 même 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 le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai , défini par décret, courant à compter de l'octroi de la	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 ; 2° Il n'existe pas de 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 du présent article, 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 même 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 le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai , défini par décret, courant 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 médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. […] VII. - L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. VIII.-Toutefois et, le cas échéant, par dérogation aux I et II : 1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret ; 2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique.	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 médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. […] VII. - L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. VIII.-Toutefois et, le cas échéant, par dérogation aux I et II : 1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret ; 2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique. **3° Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, au seul motif du 4° du I de l'article L. 5121-12, ne fait pas obstable à l'octroi, d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions mentionnées au premier alinéa du présent II dans l'indication considérée.**

Code de la sécurité sociale	
Article L162-16-5-1-1 avant modification	**Article L162-16-5-1-1 après modification**
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 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 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations. 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 cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.	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 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 pour au moins l'une de ses indications**.** Le comité rend publiques ces déclarations. 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 cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

II. - 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.	II. - 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'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, 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.	Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, 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 :	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 des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;	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 des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;	2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;
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 ;	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 ;
4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.	4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée **;**
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 du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.	**5° En cas de manquement à l'engagement d'approvisionnement mentionnée au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations.**
III. - A. - Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite 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.	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 du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.
Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :	III. - A. - Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite 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.
1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;	Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :
2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article 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	1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de

civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge. Si le montant mentionné au 1° du présent A 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 du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1. B. - 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. Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa 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 de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir : 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 même premier alinéa ; 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 dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée. IV. - Pour l'application du III, 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. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle. En outre, pour l'application du B du III, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé. V. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ; 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article 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. Si le montant mentionné au 1° du présent A 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 du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1. B. - 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. Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa 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 de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir : 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 même premier alinéa ; 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 dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée. IV. - Pour l'application du III, 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. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle. En outre, pour l'application du B du III, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé.

	/. - Pour l'application du III et IV du présent article dans le s d'une prise en charge temporaire en application de l'article 162-16-5-1-2 faisant suite à la prise en charge en application présent article, le montant de la restitution ou de la remise pplémentaire est calculé et appliqué à la fin de la prise en arge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2, en prenant en mpte l'ensemble des périodes de prise en charge. **VI**. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
	Article L. 162-16-5-1-2 (nouveau)
	I.– Les spécialités dont la prise en charge au titre de l'autorisation d'accès précoce a pris fin pour le motif mentionné au A du II de l'article L. 162-16-5-1 peuvent, pour chaque indication thérapeutique considérée, lorsque les conditions mentionnées au II du présent article sont remplies, bénéficier d'un régime temporaire de prise en charge prévu au présent article. **II. Les spécialités concernées remplissent les conditions suivantes :** **1° Etre classées dans une catégorie, définie par voie réglementaire, de médicaments réservés à un usage hospitalier ;** **2° Ne pas être prises en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 dans la ou les indications considérées ;** **3° Avoir fait l'objet d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique qui :** **a) Reconnaît à la spécialité, dans la ou les indications considérées, un niveau de service médical rendu et une amélioration du service médical rendu au moins égal à un niveau fixé par décret ;** **b) Estime qu'un plan de développement de la spécialité, proposé par l'entreprise exploitante, est de nature à fournir les données permettant d'actualiser son évaluation, atteste de l'existence de ce plan de développement et fixe le délai dans lequel les données doivent être fournies par l'entreprise exploitante.** **III. – Durant la période temporaire mentionnée au titre du présent I :** **1° La prise en charge s'effectue sur la base d'une indemnité fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette indemnité est déterminée en fonction du prix ou tarif le plus bas existant dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable déterminés par décret.** **A défaut d'un prix ou tarif connus en application de l'alinéa précédent, l'indemnité est déterminée sur la base du premier montant déclaré de l'indemnité mentionnée au I. de l'article L. 162-16-5-1-1.** **A l'indemnité déterminée selon le premier ou le second alinéa ci-dessus, est appliqué une décote fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui tient compte de l'avis de la commission mentionnée au 3° du II. L'arrêté détermine les éléments à prendre en compte pour la fixation de cette décote, notamment le délai fixé par la commission en application du b) de ce 3°.**

	2° Les obligations prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'appliquent aux spécialités prévues au présent article. **IV. – A. Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre du I, le titulaire de l'autorisation prévue au présent article est soumis au mécanisme de reversement ainsi qu'au mécanisme de remise supplémentaire prévus respectivement au A du II et au III de l'article L. 162-16-5-1-1.** **B. - Les taux de remise mentionnés au A font l'objet de majorations, reconductibles le cas échéant chaque année :** **1° A compter de la deuxième année de l'autorisation délivrée en application du présent article ;** **2° En cas de dépassement du délai prévu dans l'avis de la commission mentionnée au 3° du II ;** **3° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article** **L. 162-22-7 sur la base du nouvel avis de la commission mentionnée au 3° du II ;** **Ces majorations mentionnées au B, qui sont le cas échéant reconductibles chaque année, sont fixées de sorte qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne puisse être soumise à reversement.** **V. Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I est accordée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur demande de l'entreprise assurant l'exploitation de la spécialité du médicament.** **VI. Le recueil des données mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique se poursuit sur la période régie par le présent article, à la charge de l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité.** **VII. Pour chaque indication considérée, il est mis fin à la prise en charge mentionnée au I :** **1° Lors de l'inscription de la spécialité sur la liste mentionnée au L. 162-22-7 du présent code ;** **2° Par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au vu d'un nouvel avis de la commission mentionnée au 3° du II ne permettant pas une inscription sur la liste mentionnée au 1° ci-dessus ;** **3° En cas de retrait de l'autorisation de mise sur le marché, de radiation de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou de l'absence ou de retrait de demande d'inscription sur la liste mentionnée au 1° précité ;** **4° Au-delà d'une durée fixé par décret qui ne peut être supérieure à 36 mois.** **VIII. - Les dispositions du IV de l'article L. 162-16-5-1 sont étendues aux spécialités dont la prise en charge au titre du présent article.** **IX. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.**
Article L162-16-5-3 avant modification	**Article L162-16-5-3 après modification**
La prescription d'une spécialité faisant l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique 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 ou bénéficiant d'une	La prescription d'une spécialité faisant l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique 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 ou bénéficiant d'une

prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I bis de l'article L. 162-16-5-4 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 ou de cette continuité de traitement 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. 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 articles 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.	prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I bis de l'article L. 162-16-5-4 pour au moins l'une de ses indications **ou bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 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 ou de cette continuité de traitement 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. 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 articles 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.
Article L162-22-7-3 avant modification	**Article L162-22-7-3 après modification**
Les médicaments qui bénéficient de la prise en charge mentionnée aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 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.	Les médicaments qui bénéficient de la prise en charge mentionnée aux articles L. 162-16-5-1, **L. 162-16-5-1-2,** L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 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.
Article L162-18 avant modification	**Article L162-18 après modification**
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 réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. 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. 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. II.-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 ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 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.	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 réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. 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. 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. II.-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 ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 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.

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. 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. IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou 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 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. 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. Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant de l'article L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au delà de ladite période. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.	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. 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. IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou 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 du présent code **ou ayant bénéficié de ces dispositifs puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2** 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. 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. Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant de l'article L. 162-16-5-2 **et de l'article L. 162-16-5-1-2**, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au delà de ladite période. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.

Article 36 - Maintien sur le marché des médicaments matures

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

Lorsqu'un laboratoire décide d'arrêter la commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) mature ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle, et si l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) juge que les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne [1], le titulaire de l'AMM sera tenu de chercher un repreneur pour l'AMM ou un exploitant en notamment au regard du niveau de sécurité d'approvisionnement, pouvant prendre en compte la localisation des sites de production que l'entreprise candidate est en capacité d'assurer. Pour ce faire, le titulaire de l'AMM doit informer, par tout moyen approprié, des repreneurs potentiels de son intention de transférer l'AMM ou de céder ses droits d'exploitation, examiner et répondre de manière motivée à chaque offre reçue, donner accès à toutes les informations jugées utiles par les laboratoires candidats à la reprise de l'AMM ou de l'exploitation, exceptées les informations dont la communication serait de nature à porter atteinte aux intérêts de l'entreprise. Ainsi, le titulaire de l'AMM ou à la demande de ce dernier, l'entreprise pharmaceutique exploitant le médicament d'intérêt thérapeutique majeur devront fournir toutes les informations jugées pertinentes au laboratoire candidat quant aux conditions économiques d'exploitation du médicament concerné.

Le titulaire d'AMM devra pouvoir motiver l'ensemble de sa démarche à l'ANSM au travers d'un rapport. Il devra apporter l'ensemble des éléments prouvant qu'ils ont mis en œuvre par tous les moyens nécessaires la reprise de l'exploitation du médicament ou le cas échéant le transfert de son AMM.

Par ailleurs, en cas d'absence de repreneur assurant une exploitation effective pour le marché français l'ANSM pourra demander au titulaire de l'AMM de concéder à une structure pharmaceutique publique une licence d'exploitation temporaire à titre gracieux pour permettre une continuité d'approvisionnement du marché français. Cette licence pourra prendre fin dans le cas où un autre exploitant met sur le marché français ce médicament ou un médicament jugé équivalent par l'ANSM.

En cas de non-respect d'une de ces obligations de moyen, une pénalité financière sera opposée au laboratoire par l'ANSM. Cette sanction pourra être modulée en fonction de la gravité des manquements constatés et est limitée à 1 million d'euros et 30% du chiffre d'affaires annuel hors taxes moyen réalisé en France durant la dernière année précédant l'arrêt de commercialisation pour le produit concerné. Le montant de la sanction pécuniaire appliquée sera reversé à la caisse nationale d'assurance maladie.

De plus, il paraît nécessaire de préciser la définition des médicaments d'intérêt thérapeutiques majeurs (MITM), en donnant à l'ANSM la compétence d'y inclure des médicaments qui le justifieraient, bien que non proposés par les industriels. Cette mesure, préconisée par la Cour des comptes, dès 2021, dans son rapport portant sur la sécurité des approvisionnements en produits de santé, doit permettre de renforcer la cohérence du dispositif.

b) Autres options possibles

- **Conditionner la prise en charge des nouveaux médicaments de l'industriel au maintien de la commercialisation de ses produits matures.**

  Une telle mesure serait défavorable aux patients français en leur restreignant l'accès à des innovations thérapeutiques et des nouvelles molécules.

- **Engagement du laboratoire à maintenir un produit mature si inscription au remboursement d'un médicament innovant**

  Une telle mesure est susceptible d'inciter les laboratoires commercialisant des produits innovants à autonomiser puis céder leurs branches en charge de l'exploitation des produits matures, rendant le dispositif inopérant.

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

La mesure aura un impact sur les dépenses de l'assurance maladie. D'une part, l'obligation de recherche d'un repreneur par le titulaire de l'AMM d'un médicament pourra permettre de diminuer le nombre d'arrêts de commercialisation et ainsi le nombre de produits importés pour répondre à ce besoin. D'autre part, la mesure aura un impact sur les recettes de

[1] Par exemple, dans le cas où le médicament en question n'est pas la seule offre possible, mais qu'il y a déjà une forte tendance de diminution de l'offre.

l'assurance maladie par le biais du reversement des pénalités associées au manquement de cette obligation. Ces pénalités seront reversés à l'assurance maladie.

Elle 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 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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) ?

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifie les articles L. 5124-6, L. 5124-18, L. 5423-9, L.5471-1, L5312-4-1 et L.5121-31 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	
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 non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Des surcoûts pourraient être évités à terme en maintenant la production des médicaments matures au sein d'industries de taille importante, en capacité de faire des économies d'échelle significatives et maîtrisant la chaîne de production.

La mesure portée permettrait de maintenir durablement l'exploitation de médicaments matures par leur laboratoire actuel ou par un repreneur et, ainsi, éviter les ruptures pouvant engendrer des importations temporaires. L'impact budgétaire de cette mesure peut ainsi correspondre aux importations qu'elle éviterait, ainsi que leurs dépenses associées, à moyen terme.

Des données disponibles au niveau de l'ANSM, il apparait que 128 présentations ont fait l'objet d'une autorisation d'importation en 2022. Sur ces 128 présentations, 48 disposent d'un prix public en France en droit commun, les autres produits importés n'existant pas sur notre territoire ou viennent compenser la rupture d'un médicament uniquement inscrit aux collectivités. Pour ces 48 médicaments, aux volumes d'importation autorisés par l'ANSM, et en considérant les prix en vigueur en droit commun pour la spécialité en rupture, les importations autorisées par l'ANSM en 2022 représenteraient une dépense de 27M€ (au prix public du médicament en rupture). Cependant, sur la base du constat effectué dans le cadre de certaines négociations de prix en CEPS (venins d'abeille et de guêpe, vaccin BCG), il apparait que le prix du médicament importé peut être substantiellement plus élevé que celui de la spécialité en rupture. A défaut de connaitre les prix pratiqués en importation, et au regard de notre historique sur le sujet, nous faisons l'hypothèse que les prix exercés en importation vont du double au quadruple des prix de droit commun des spécialités en rupture. Les impacts budgétaires des importations temporaires actuellement consenties seraient donc les suivants :

Prix en importation *(en valorisation versus le prix du médicament en rupture)*	+0%	+100%	+200%	+300%
Dépenses liées aux importations	27 001 886 €	54 003 772 €	81 005 658 €	108 007 544 €
Surcout versus un scenario « absence de ruptures »	- €	27 001 886 €	54 003 772 €	81 005 658 €

Il est important de souligner que tous les médicaments retenus dans ce calcul ne sont pas pour autant en arrêt de commercialisation, certains connaissant uniquement une rupture ponctuelle sans volonté affichée de leur laboratoire exploitant de stopper la mise à disposition aux patients français. Les chiffres présentés ci-dessus représentent ainsi la borne haute du chiffrage. En considérant plusieurs hypothèses sur le nombre réel de ruptures liées à des arrêts de commercialisation fermes et définitifs, cette mesure permettrait d'éviter les surcoûts suivants :

Prix en importation *(en valorisation versus le prix du médicament en rupture)*		0%	100%	200%	300%
Pourcentage d'importation liée à un arrêt de commercialisation	10%	- €	2 700 189 €	5 400 377 €	8 100 566 €
	20%	- €	5 400 377 €	10 800 754 €	16 201 132 €
	30%	- €	8 100 566 €	16 201 132 €	24 301 697 €
	40%	- €	10 800 754 €	21 601 509 €	32 402 263 €
	50%	- €	13 500 943 €	27 001 886 €	40 502 829 €

Ainsi, en conservant les hypothèses maximalistes, cette mesure permettraient d'économiser 40M€ sur les importations actuellement effectuées. Une estimation plus conservatrice fixerait cette économie autour d'une dizaine de millions d'euros.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie		+10	+10	+10	+10
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Les impacts économiques possibles sont liés à une incitation à la conservation d'AMM, notamment à leur maintien ou relocalisation sur le territoire national ou européen.

b) Impacts sociaux

- ***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

La mesure ne modifiera pas, par rapport à la situation actuelle, les démarches ou formalités administratives des assurés en vue du remboursement. Cependant, cette mesure participe à ce que tous les assurés bénéficient en France, en fonction de leur état de santé et sans considération de leurs revenus, due maintien d'un accès aux produits matures essentiels.

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

Mise en place d'un contrôle par l'ANSM lors de la réception de l'annonce de l'arrêt de commercialisation d'un MITM, et concernant le contrôle de l'effectivité de la démarche de l'entreprise à la recherche d'un repreneur pour son AMM. En cas de pénalité pécuniaire, l'appel et la régularisation seront également à la charge de l'ANSM.

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

Nécessaire pointage des pénalités financières sur le budget de la sécurité sociale.

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.

Les modalités d'application du II de l'article L. 5124-6 du CSP seront fixées par décret en conseil d'état, dont la publication est prévue au cours du second semestre 2024.

Les modalités d'application du 4ème alinéa de l'article L.5121-31 du CSP seront fixées par décret simple du ministre en charge de la santé, dont la publication est prévue au cours du second semestre 2024.

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 ne nécessite pas de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Communication dans le cadre des mesures introduites dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2024

d) Suivi de la mise en œuvre

Le nombre de déclaration d'arrêt de MITM éligibles à ce dispositif, c'est-à-dire ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle, et pour lesquels l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) juge que les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin, et parmi ces MITM le nombre de dossiers pour lesquels la recherche d'un repreneur pour l'exploitation ou l'AMM a connu une issue positive et le nombre de sanctions prononcées pourront être suivi par l'ANSM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5124-6 du Code de la Santé Publique avant modification	Article L. 5124-6 du Code de la Santé Publique après modification
L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis aux dispositions du chapitre Ier du présent titre qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation en informe, en précisant les motifs de son action, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4. La cessation de commercialisation ne peut intervenir avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin. Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné au même article L. 5111-4, l'information de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé se fait, de manière motivée, au plus tard deux mois avant la suspension ou l'arrêt de commercialisation. Dans tous les cas, l'entreprise pharmaceutique précise si la suspension ou l'arrêt de commercialisation du médicament est fondé sur l'un des motifs mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 5121-9. En cas d'urgence nécessitant que la suspension ou l'arrêt intervienne avant le terme des délais fixés ci-dessus, l'entreprise en informe immédiatement l'agence en justifiant de cette urgence.	**I. -** L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis aux dispositions du chapitre Ier du présent titre qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation en informe, en précisant les motifs de son action, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4. La cessation de commercialisation ne peut intervenir avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin. Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné au même article L. 5111-4, l'information de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé se fait, de manière motivée, au plus tard deux mois avant la suspension ou l'arrêt de commercialisation. Dans tous les cas, l'entreprise pharmaceutique précise si la suspension ou l'arrêt de commercialisation du médicament est fondé sur l'un des motifs mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 5121-9. En cas d'urgence nécessitant que la suspension ou l'arrêt intervienne avant le terme des délais fixés ci-dessus, l'entreprise en informe immédiatement l'agence en justifiant de cette urgence.
L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis aux dispositions du chapitre Ier du présent titre informe immédiatement l'agence de toute action engagée pour en retirer un lot déterminé.	L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis aux dispositions du chapitre Ier du présent titre informe immédiatement l'agence de toute action engagée pour en retirer un lot déterminé. **II. – Quand la décision de suspendre ou de cesser la commercialisation concerne un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle, l'entreprise pharmaceutique qui l'exploite précise, dans la déclaration qu'elle transmet à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du I, les incidences prévisibles de la suspension ou cessation de commercialisation sur la couverture des besoins de la population française.** **Si les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne, l'Agence en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, à qui il incombe alors de mettre en œuvre les démarches pour rechercher une entreprise pharmaceutique assurant la reprise effective de l'exploitation du médicament. A cette fin :** **1° Le titulaire de l'autorisation informe, par tout moyen approprié, les entreprises pharmaceutiques susceptibles de reprendre la commercialisation de son intention de leur concéder l'exploitation ou de leur transférer l'autorisation de mise sur le marché du médicament concerné ;**

	2° Le titulaire de l'autorisation répond de façon motivée à chaque offre reçue ; **3° Le titulaire de l'autorisation ainsi que, le cas échéant et sur demande du titulaire, l'entreprise pharmaceutique exploitant le médicament donnent accès à toutes informations nécessaires aux entreprises candidates à la reprise de la commercialisation du médicament, exceptées les informations dont la communication serait de nature à porter atteinte aux intérêts de l'entreprise. Les entreprises candidates à la reprise de la commercialisation sont tenues à une obligation de confidentialité.** **Dès qu'il envisage de retenir une offre de reprise, et hors ce cas au plus tard neuf mois après la réception de l'information transmise par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du deuxième alinéa du présent II, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché remet à l'Agence un rapport indiquant les actions engagées pour rechercher un repreneur, les offres reçues, ainsi que, pour chacune, les raisons qui l'ont conduit à l'accepter ou la refuser, notamment au regard du niveau de sécurité d'approvisionnement que l'entreprise candidate est en capacité d'assurer. Cette capacité peut être appréciée en prenant en compte la localisation des sites de production.** **En cas d'absence de repreneur à la remise du rapport ou, au plus tard, au terme du délai mentionné à l'alinéa précédent, si le besoin ne peut être couvert de manière pérenne et si l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé le demande, le titulaire de l'autorisation de mise sur marché concède à titre gracieux à un établissement pharmaceutique détenu par une personne morale de droit public l'exploitation et la fabrication du médicament pour le marché français pour une durée de deux ans reconductible. Cet établissement pharmaceutique se voit transmettre, par l'Agence, les informations contenues dans le dossier d'autorisation de mise sur le marché. La concession peut prendre fin de manière anticipée, sur décision de l'Agence, si une entreprise met sur le marché français le même médicament ou un médicament similaire dans des conditions permettant de couvrir le besoin de manière pérenne.**
Article L. 5124-18 du Code de la Santé Publique avant modification	**Article L. 5124-18 du Code de la Santé Publique après modification**
Sont déterminés par décret en Conseil d'Etat : 1° Les conditions dans lesquelles toute entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique doit être la propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gérance ou à la direction de laquelle participe un pharmacien ; 2° Les modalités d'exercice de la location-gérance prévue au premier alinéa de l'article L. 5124-2 ; 3° La durée et le contenu de l'expérience pratique appropriée dont doivent justifier les pharmaciens responsables et les pharmaciens délégués, selon les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 5124-2 ; 4° Les modalités d'octroi, de suspension ou de retrait de l'autorisation d'ouverture d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-3 ; 5° Les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé fabriquant industriellement des médicaments au	Sont déterminés par décret en Conseil d'Etat : 1° Les conditions dans lesquelles toute entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique doit être la propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gérance ou à la direction de laquelle participe un pharmacien ; 2° Les modalités d'exercice de la location-gérance prévue au premier alinéa de l'article L. 5124-2 ; 3° La durée et le contenu de l'expérience pratique appropriée dont doivent justifier les pharmaciens responsables et les pharmaciens délégués, selon les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 5124-2 ; 4° Les modalités d'octroi, de suspension ou de retrait de l'autorisation d'ouverture d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-3 ; 5° Les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé fabriquant industriellement des médicaments au

31 décembre 1991, peuvent demander à bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 5124-3 ; 6° Les conditions de remplacement prévu à l'article L. 5124-4 des pharmaciens responsables et des pharmaciens délégués en cas d'absence du titulaire ou s'ils font l'objet d'une interdiction d'exercer ; 7° Les conditions de la gérance d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-4 en cas de décès du pharmacien propriétaire ; 8° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des entreprises et établissements pharmaceutiques ; 9° Les modalités d'application des articles L. 1413-4, L. 5124-7 et L. 5124-8 et les adaptations qui pourront être apportées, en ce qui concerne les établissements pharmaceutiques, aux second, troisième, et quatrième alinéas de l'article L. 5124-2 ; 10° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des établissements pharmaceutiques ; 11° Les règles régissant l'exportation des médicaments prévue à l'article L. 5124-11 ; 12° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé autorise l'importation des médicaments prévue à l'article L. 5124-13 ; 13° Les sections de l'ordre auxquelles appartient le pharmacien mentionné à l'article L. 5124-15 et les conditions dans lesquelles ce pharmacien doit être assisté ou remplacé ; 14° Les conditions dans lesquelles les organismes à but non lucratif et les établissements publics autres que les établissements de santé peuvent bénéficier de l'autorisation visée à l'article L. 5124-3 ; 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France.	31 décembre 1991, peuvent demander à bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 5124-3 ; 6° Les conditions de remplacement prévu à l'article L. 5124-4 des pharmaciens responsables et des pharmaciens délégués en cas d'absence du titulaire ou s'ils font l'objet d'une interdiction d'exercer ; 7° Les conditions de la gérance d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-4 en cas de décès du pharmacien propriétaire ; 8° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des entreprises et établissements pharmaceutiques ; 9° Les modalités d'application des articles L. 1413-4, L. 5124-7 et L. 5124-8 et les adaptations qui pourront être apportées, en ce qui concerne les établissements pharmaceutiques, aux second, troisième, et quatrième alinéas de l'article L. 5124-2 ; 10° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des établissements pharmaceutiques ; 11° Les règles régissant l'exportation des médicaments prévue à l'article L. 5124-11 ; 12° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé autorise l'importation des médicaments prévue à l'article L. 5124-13 ; 13° Les sections de l'ordre auxquelles appartient le pharmacien mentionné à l'article L. 5124-15 et les conditions dans lesquelles ce pharmacien doit être assisté ou remplacé ; 14° Les conditions dans lesquelles les organismes à but non lucratif et les établissements publics autres que les établissements de santé peuvent bénéficier de l'autorisation visée à l'article L. 5124-3 ; 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. **16° Les modalités d'application du II de l'article L. 5124-6.**
Article L. 5423-9 du Code de la Santé Publique avant modification	**Article L. 5423-9 du Code de la Santé Publique après modification**
Constitue un manquement soumis à sanction financière : 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 ; 2° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français et qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation, ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, de ne pas en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de la	Constitue un manquement soumis à sanction financière : 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 ; 2° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français et qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation, ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, de ne pas en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa **du I** de l'article L. 5124-6, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de

suspension ou de la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;	la suspension ou de la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;
3° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4, d'en cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6 ;	3° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4, d'en cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa **du I** de l'article L. 5124-6 ;
4° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'il a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé, en méconnaissance des dispositions du second alinéa de l'article L. 5124-6 ;	4° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'il a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé, en méconnaissance des dispositions du second alinéa **du I** de l'article L. 5124-6 ;
5° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4, soit un vaccin mentionné au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31 :	5° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4, soit un vaccin mentionné au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31 :
a) De ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries permettant de prévenir et pallier toute rupture de stock prévu à l'article L. 5121-31 ;	a) De ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries permettant de prévenir et pallier toute rupture de stock prévu à l'article L. 5121-31 ;
b) Ou de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries ;	b) Ou de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries ;
c) Ou de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock ;	c) Ou de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock ;
6° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, soit un vaccin mentionné au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, de ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture de stock exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du I de l'article L. 5121-33 ;	6° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, soit un vaccin mentionné au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, de ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture de stock exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du I de l'article L. 5121-33 ;
7° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 :	7° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 :

a) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance du premier alinéa de l'article L. 5121-32 ; b) Ou, s'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31 ; c) Ou de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues au dernier alinéa de l'article L. 5121-32.	a) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance du premier alinéa de l'article L. 5121-32 ; b) Ou, s'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31 ; c) Ou de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues au dernier alinéa de l'article L. 5121-32. **8° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle ou industrielle, quand l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe que les alternatives disponibles ne permettent pas de couvrir le besoin de manière pérenne, de ne pas mettre en œuvre les obligations mises à sa charge par les dispositions du II de l'article L. 5124-6.**
Article L.5471-1 du code de la Santé Publique avant modification	**Article L.5471-1 du code de la Santé Publique après modification**
I. - L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut prononcer une sanction financière à l'encontre de l'auteur d'un manquement mentionné aux articles L. 5421-8 , L. 5422-18 , L. 5423-8 , L. 5423-9, L. 5426-2 , L. 5438-1, L. 5461-9 et L. 5462-8 , sauf lorsque le manquement est commis à l'occasion d'une activité de distribution au détail de produits de santé.	I. - L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut prononcer une sanction financière à l'encontre de l'auteur d'un manquement mentionné aux articles L. 5421-8, L. 5422-18 , L. 5423-8 , L. 5423-9, L. 5426-2 , L. 5438-1, L. 5461-9 et L. 5462-8 , sauf lorsque le manquement est commis à l'occasion d'une activité de distribution au détail de produits de santé.
II.- L'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière qui ne peut être supérieure à 2 500 € par jour lorsque l'auteur du manquement ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure. Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.	II.- L'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière qui ne peut être supérieure à 2 500 € par jour lorsque l'auteur du manquement ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure. Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés ~~à~~ **aux 1° à 7° de** l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.
III.- Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 1° à 11° de l'article L. 5421-8, aux 4° à 10° de l'article L. 5423-8, ainsi qu'aux articles L. 5426-2, L. 5438-1, aux 9°, 14°, 15°, 16° et 17° de l'article L. 5461-9 et aux 8°, 11°, 12° et 13° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.	III.- Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 1° à 11° de l'article L. 5421-8, aux 4° à 10° de l'article L. 5423-8, ainsi qu'aux articles L. 5426-2, L. 5438-1, aux 9°, 14°, 15°, 16° et 17° de l'article L. 5461-9 et aux 8°, 11°, 12° et 13° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.
Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés au 12° de l'article L. 5421-8, à l'article L. 5422-18, au 3° de l'article L. 5423-8, à l'article L. 5423-9, aux 1° à 8°, 10° à 13°, et 18° à 24° de l'article L. 5461-9 et aux 1° à 7°, 9°, 10° et 14° à 20° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du	Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés au 12° de l'article L. 5421-8, à l'article L. 5422-18, au 3° de l'article L. 5423-8, à l'article L. 5423-9, aux 1° à 8°, 10° à 13°, et 18° à 24° de l'article L. 5461-9 et aux 1° à 7°, 9°, 10° et 14° à 20° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du

dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale. En cas de constatations de l'un des manquements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 5422-18, aux 11°, 12° et 13° de l'article L. 5461-9 et aux 9° et 10° de l'article L. 5462-8, l'agence peut prononcer une interdiction de la publicité concernée par le manquement, après que l'entreprise concernée a été mise en demeure. IV.- L'agence peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet.	dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale. En cas de constatations de l'un des manquements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 5422-18, aux 11°, 12° et 13° de l'article L. 5461-9 et aux 9° et 10° de l'article L. 5462-8, l'agence peut prononcer une interdiction de la publicité concernée par le manquement, après que l'entreprise concernée a été mise en demeure. IV.- L'agence peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet.
Article L5312-4-1 du Code de la Santé Publique avant modification	**Article L5312-4-1 du Code de la Santé Publique après modification**
L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prononce, à l'encontre des personnes physiques ou morales produisant ou commercialisant des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 ou assurant les prestations associées à ces produits, des sanctions financières qui peuvent être assorties d'astreintes journalières, dans les cas prévus par la loi et, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat. Elle peut, le cas échéant, mettre en demeure ces mêmes personnes de régulariser la situation. L'agence met préalablement à même la personne physique ou morale concernée de présenter ses observations, avec l'indication de la possibilité de se faire assister d'un conseil. Les montants de la sanction financière et de l'astreinte sont proportionnés à la gravité des manquements constatés. Ils tiennent compte, le cas échéant, de la réitération des manquements sanctionnés dans un délai de deux ans à compter de la date à laquelle la première décision de sanction est devenue définitive. Les sanctions financières et les astreintes mentionnées au présent article sont versées au Trésor public et sont recouvrées comme les créances de l'Etat étrangères à l'impôt et au domaine. Les modalités d'application du présent article sont prévues par décret en Conseil d'Etat.	L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prononce, à l'encontre des personnes physiques ou morales produisant ou commercialisant des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 ou assurant les prestations associées à ces produits, des sanctions financières qui peuvent être assorties d'astreintes journalières, dans les cas prévus par la loi et, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat. Elle peut, le cas échéant, mettre en demeure ces mêmes personnes de régulariser la situation. L'agence met préalablement à même la personne physique ou morale concernée de présenter ses observations, avec l'indication de la possibilité de se faire assister d'un conseil. Les montants de la sanction financière et de l'astreinte sont proportionnés à la gravité des manquements constatés. Ils tiennent compte, le cas échéant, de la réitération des manquements sanctionnés dans un délai de deux ans à compter de la date à laquelle la première décision de sanction est devenue définitive. Les sanctions financières et les astreintes mentionnées au présent article sont versées au Trésor public et sont recouvrées comme les créances de l'Etat étrangères à l'impôt et au domaine. **Par dérogation à l'alinéa précédent, la sanction financière mentionnée au 8° de l'article L. 5423-9 est versée à la Caisse nationale de l'assurance maladie.** Les modalités d'application du présent article sont prévues par décret en Conseil d'Etat.
Article L.5121-31 du Code de la Santé Publique avant modification	**Article L.5121-31 du Code de la Santé Publique après modification**
Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 , les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments élaborent et mettent en œuvre des plans de gestion des pénuries dont l'objet est, dans l'intérêt des patients, de prévenir et de pallier toute rupture de stock.	Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 , les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments élaborent et mettent en œuvre des plans de gestion des pénuries dont l'objet est, dans l'intérêt des patients, de prévenir et de pallier toute rupture de stock.

Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments élaborent et mettent en œuvre les plans de gestion des pénuries prévus au premier alinéa pour les vaccins mentionnés au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.	Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments élaborent et mettent en œuvre les plans de gestion des pénuries prévus au premier alinéa pour les vaccins mentionnés au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.
Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments déclarent à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé la liste des médicaments pour lesquelles ils élaborent des plans de gestion des pénuries prévus au présent article.	Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments déclarent à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé la liste des médicaments pour lesquelles ils élaborent des plans de gestion des pénuries prévus au présent article. **L'Agence peut, après une procédure contradictoire, compléter cette liste si un médicament d'intérêt thérapeutique majeur y est omis.**
Le décret prévu à l'article L. 5121-34 définit les caractéristiques de ces médicaments et un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les classes thérapeutiques auxquelles ils appartiennent.	Le décret prévu à l'article L. 5121-34 définit les caractéristiques de ces médicaments et un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les classes thérapeutiques auxquelles ils appartiennent.

Article 37– Accompagner les départements volontaires pour renforcer le soutien financier aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Le financement actuel des EHPAD et des USLD repose sur une répartition des charges et des ressources entre trois « sections » tarifaires, relevant de règles et de financeurs différents :

Pour les dépenses de la section soins (personnel soignant et équipements médicaux) : financement intégral par la sécurité sociale (branche autonomie pour les EHPAD et branche maladie pour les USLD) ; (8,4 Md€ pour les EHPAD et 1,2 Md€ pour les USLD en 2020) ;

Pour les dépenses de la section dépendance (aide et surveillance) : financement par le biais d'une prestation individuelle, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement, financée par les conseils départementaux avec une participation des résidents (3,6 Md€ pour les EHPAD en 2020 et 0,2 Md€ en 2020 pour les USLD ; la participation des résidents correspond à environ 1/3 de ce total) ;

Pour les dépenses de la section hébergement (hôtellerie, restauration, animation, etc.) : financement par les résidents qui peuvent néanmoins percevoir des aides publiques à ce titre en fonction de leurs ressources (14,1 Md€ pour les EHPAD en 2020 et 0,7 Md€ en 2020 pour les USLD).

Comme l'a récemment relevé le rapport de Madame Pirès-Beaune, remis en juillet 2023 à la Première ministre, cette organisation est source d'une complexité dont la justification est de moins en moins évidente, spécialement entre les sections soins et dépendance.

En effet, l'évolution du profil des résidents accueillis en EHPAD tend à estomper la distinction, dans la réalité de la prise en charge, entre l'accompagnement au titre du soin et celui au titre de l'entretien de l'autonomie. La classification des dépenses en différentes sections induit de ce point de vue des rigidités qui se justifient difficilement face à l'enjeu d'assurer une prise en charge globale et continue.

Ce travail de répartition des dépenses et des ressources induit par ailleurs des coûts de gestion significatifs : au-delà de l'application des règles, complexes, d'imputation budgétaire et comptable, les gestionnaires doivent réaliser un suivi de leurs ressources auprès de nombreux interlocuteurs : non seulement le conseil départemental de leur lieu d'établissement, qui est celui en charge de la tarification de la section dépendance, et le cas échéant, de la section hébergement mais aussi, en vertu du principe de la règle du « domicile de secours », les départements d'origine de chacun de leurs résidents. Il en résulte une activité de facturation particulièrement conséquente.

Du point de vue des départements également, la distinction entre les sections soins et dépendance présente un intérêt de plus en plus limité au regard des coûts de gestion qu'elle induit. En effet, la marge spécifique de décision des départements est désormais relativement limitée :

- Le niveau de ressources attribué à la section dépendance de chaque établissement est déterminé par une équation nationale, qui repose en particulier sur l'appréciation des besoins des résidents via la grille « autonomie gérontologique groupes iso-ressources » (AGGIR). Seule la valeur du point « groupes iso-ressources » (GIR) est fixée par le département, et ce pour l'ensemble des établissements de son ressort.

- Les participations des résidents au titre de la section dépendance sont quant à elles déterminées par les règles nationales de l'APA en établissement. Ces dernières requièrent une instruction individuelle des ressources de chaque résident, afin de calculer une modulation qui cependant, en pratique, trouve rarement à s'appliquer en raison du seuil élevé de son déclenchement (ressources supérieures à environ 2 600 euros par mois).

La frontière entre les sections soins et dépendance apparaît d'autant moins claire que d'une part l'équation nationale appliquée à la section soins mobilise elle aussi l'évaluation des besoins au titre de la grille AGGIR, et que d'autre part certaines dépenses de la section dépendance sont dans les faits couvertes également par des crédits nationaux, au titre de la

compensation des récentes revalorisations salariales pour les personnels en EHPAD, qui ont concerné des professionnels du soin comme de l'accompagnement.

Du point de vue des résidents, l'existence d'une section dépendance distincte de celle du soin est largement invisible, mais elle induit tout de même des différences dans les frais facturés : le niveau de la participation financière due par les résidents au titre de cette section résulte en effet de la tarification et varie donc établissement par établissement. En moyenne, en 2023, la participation socle, correspondant au « talon GIR 5/6 », s'établissait ainsi à environ 5,93 € en moyenne par jour et par résident, d'après les tarifs saisis par les 4 547 EHPAD ayant renseigné l'application « Prix_ESMS » en 2023. Mais pour les 1 % de ces EHPAD pratiquant les tarifs les plus bas, elle était inférieure à 4,70 € par jour; et pour les 1 % de ces EHPAD pratiquant les tarifs les plus élevés, elle était supérieure à 8,09 € par jour. Alors que les ressources de la section sont déterminées par une seule équation nationale fondée sur les besoins, et non sur les préférences des résidents, ces variations sont de moins en moins pertinentes.

b) Mesure proposée

Afin de répondre aux enjeux d'amélioration de la prise en charge en établissement requise par l'évolution du profil des résidents, il est proposé, de procéder à une simplification majeure des règles de financement des EHPAD et unités de soins longue durée (USLD), en procédant dans les départements volontaires à une fusion des sections soins et dépendance au sein d'une nouvelle section relative aux soins et à l'entretien de l'autonomie.

Dans les départements ayant opté pour ce régime adapté de financement, le budget des EHPAD comprendra donc deux sections, aux finalités bien distinctes :

Une section regroupant toutes les dépenses ayant trait aux soins et à l'entretien de l'autonomie des personnes accueillies. Cette section sera financée par la branche autonomie en fonction des besoins des résidents ;

Une section regroupant les dépenses relevant de l'organisation collective de l'établissement, de son fonctionnement, ainsi que celles pouvant relever de préférences individuelles, comme l'hébergement ou l'animation. Elle sera financée par les résidents dont certains peuvent bénéficier d'aides, notamment l'aide sociale à l'hébergement.

Cette évolution doit permettre d'accompagner plus fortement les établissements, avec des ressources nationales, dans la réponse au défi de la très grande dépendance.

Le choix du passage au régime adapté de financement est définitif.

L'Etat n'intervient pas dans le choix d'opter ou pas pour le régime adapté de financement, qui incombe uniquement au département. Le décret, dressant la liste des départements ayant opté pour ce régime, se bornera à publier l'état des lieux des départements concernés.

Au titre de leur implication dans la politique du grand âge, les départements ayant opté pour le régime adapté de financement resteront cependant compétents en matière d'autorisation et de contrôle des EHPAD, leur apport dans la programmation d'une offre correspondant aux besoins des territoires ainsi que dans le suivi de la qualité étant essentiel.

Ils resteront également compétents en matière d'aide sociale et, pour les établissements qui en relèvent, de la tarification de la section hébergement. Les départements resteront signataires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements habilités à l'aide sociale.

Pour tenir compte de la fusion des sections, les modalités de financement et de tarification seront adaptées :

Dans les départements concernés, les « coupes » « PATHOS » et AGGIR qui permettent de mesurer les besoins d'accompagnement des personnes accueillies devront être validées par la seule ARS.

La tarification de cette nouvelle section fusionnée sera assurée par l'ARS. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sera chargée du financement de cette section unifiée, et bénéficiera d'un apport de recettes pour l'assurer, après détermination de la compensation financière qui devra être versée par les départements ayant opté pour le régime adapté de financement.

La tarification sera pour l'essentiel la résultante de l'addition des équations tarifaires actuelles des deux sections. Il est cependant prévu de permettre que cette tarification puisse tenir compte de l'atteinte ou non des objectifs fixés par le CPOM, ainsi que d'éventuels surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement. Ces dispositions seront encadrées par voie réglementaire.

Le principe d'une participation financière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie est maintenu malgré la suppression de la section dépendance à laquelle il s'applique dans le droit commun, mais il sera adapté par voie réglementaire. Elle s'appliquera à tous les résidents accueillis, quel que soit leur âge ou leur domicile de secours. Pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, cette participation pourra être prise en charge au titre de cette aide selon les modalités actuellement en vigueur.

La forfaitisation de cette participation à un niveau uniformisé, qui se substituerait à l'actuel calcul individualisé par EHPAD des tarifs journaliers afférents au GIR 5/6, réduira les inégalités de traitement actuellement constatées entre résidents de départements différents, voire entre résidents d'un même département.

En effet, selon les tarifs journaliers renseignés dans l'application « Prix_ESMS » en 2023 (4 547 EHPAD), et sous réserve des nécessaires précautions à observer dans le traitement de données déclaratives, l'écart entre les 10% d'EHPAD déclarant les tarifs les plus faibles et les 10% d'EHPAD déclarant les tarifs les plus élevés (écart inter décile) est d'approximativement 40€ par mois et par résident, au niveau national.

La variabilité entre les départements peut être estimée en comparant les tarifs journaliers médians calculés à l'échelle départementale. Le tarif médian départemental le plus élevé est de 278,6 € par mois et par résident, contre 145,7 € pour le plus faible, soit une différence de l'ordre de 130 € par mois et par résident.

L'analyse infra départementale montre en outre des variations importantes, pouvant aller jusqu'à environ 78€ par mois et par résident entre EHPAD d'un même département. En moyenne, sur l'ensemble des départements métropolitains, cet écart s'établit à environ 21,76 € par mois et par résident. 50% d'entre eux présentent un écart inter décile supérieur à 15,5 € par mois et par résident.

Pour les personnes relevant d'un département ayant fait le choix de fusion au titre de leur domicile de secours, mais accueillies dans un EHPAD d'un territoire n'ayant pas opté, le département continuera à accorder l'APA et à acquitter les forfaits journaliers facturés par ces établissements. Ces dépenses seront intégralement remboursées par la CNSA, selon des modalités qui seront fixées par décret.

Sur le plan financier, la réforme donnera lieu à une compensation versée par les départements ayant opté pour le régime adapté de financement, déterminée en fonction:

De la moyenne des dépenses d'APA en établissement, établie sur les trois derniers exercices connus. Afin de ne pas pénaliser les départements particulièrement engagés dans le financement des EHPAD en ayant accordé une valeur élevée au point GIR départemental, le niveau de dépense pris en compte sera plafonné dans la limite d'une valeur individuelle qui sera fixée par décret, par exemple la valeur correspondant au 3ème quartile de la distribution des valeurs de points GIR.

De la valorisation des équivalents temps plein (ETP) auparavant affectés à l'attribution de l'APA en établissement.

Cette compensation peut correspondre, en tout ou partie, à la part du concours APA du département concerné, relative à la dépense d'APA en établissement, dont le versement par la CNSA est par suite interrompu. Elle peut également inclure des transferts vers le budget de l'Etat. La clé de répartition des transferts entre la sécurité sociale et l'Etat sera encadrée par voie réglementaire et découlera des discussions avec les départements, toujours en cours. Les conditions d'imputation du montant de la compensation sur le concours versé par la CNSA au titre de l'APA en établissement seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les transferts en direction de la sécurité sociale concernent majoritairement la 5ième branche (pour les EHPAD) et l'assurance maladie (pour les USLD).

Au regard des enjeux que comporte une telle réforme, dont les implications concernent aussi bien le cadre budgétaire et comptable que les engagements conclus dans les CPOM, il est prévu qu'elle entre en vigueur le 1er janvier 2025. Les premiers départements volontaires disposeront jusqu'au 31 mars 2024 pour formuler leur demande. Pour les exercices suivants, la demande devra être formulée au plus tard le 31 janvier de l'année précédant la mise en œuvre de la fusion.

Il est en outre prévu de permettre à la future section soins et entretien de l'autonomie (dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement) de supporter des dépenses de prévention, actuellement financées sur la section hébergement ou par le biais de crédits non reconductibles accordés sur appel à projet. Pourront être ainsi financées les interventions sur les thématiques suivantes : activité physique adaptée et locomotion ; qualité de l'alimentation, lutte contre la dénutrition, soins bucco-dentaires ; isolement social ; cognition, troubles psychiques et repérage ; ouïe ; vue.

Dans les départements qui n'ont pas opté pour ce régime adapté, les règles de tarification des EHPAD resteront celles en vigueur actuellement.

c) Autres options possibles

S'agissant du principe même de la mesure :

Le rapport de Madame Pirès-Beaune formule des propositions de refonte encore plus structurantes de la gouvernance et du financement des EHPAD, incluant la section hébergement, qui ferait alors l'objet elle aussi d'une régulation nationale plus marquée, et bénéficierait d'un financement par une nouvelle allocation nationale.

Ces propositions supposent une expertise et une discussion plus poussées avec l'ensemble des parties prenantes, gestionnaires et départements. Dans l'attente de la finalisation de ces travaux, et comme le propose du reste ce rapport, la fusion des sections soins et dépendance constitue une première simplification importante, qui laisse ouvert un grand éventail d'options pour l'avenir.

Alternativement, il aurait pu être envisagé d'imposer la fusion des sections « soins » et « dépendance » des EHPAD à l'ensemble des départements, indépendamment d'un volontariat. Cette solution n'est pas retenue pour que les conseils départementaux qui le souhaitent puissent maintenir leur implication auprès de l'ensemble des EHPAD implantés sur leur territoire, qu'ils soient ou non habilités à l'aide sociale.

De même, il n'est pas prévu de définir au niveau national des critères d'éligibilité qui conduiraient à opérer une sélection parmi les départements volontaires. En effet, il est ici considéré que la réforme visée n'a pas vocation à mettre en place ce filtre qui a par ailleurs pu être prévu à d'autres occasions, notamment dans le cadre de la recentralisation du revenu de solidarité active (RSA).

En matière de gouvernance, il aurait pu être envisagé de prévoir que les départements ne soient signataires des CPOM que sur une base purement facultative. Ceci aurait cependant méconnu l'importance de la tarification de la section hébergement pour les établissements qui en relèvent, et qui détermine environ la moitié des ressources de ces derniers, sur des dimensions bâtimentaires et de prise en charge dont il est essentiel d'assurer la cohérence avec les modalités de l'accompagnement médico-social.

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

Conformément à l'article LO 111-3-8, peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, les dispositions ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes et applicables aux années ultérieures, à la condition que ces dispositions présentent un caractère permanent.

La fusion des sections soins et dépendance va conduire directement à majorer les dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale, dans les départements optant pour le régime adapté de financement.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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 États 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 de l'Union européenne (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 et de manière générale, 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

Code de l'action sociale et des familles : Création de l'article L. 314-2-4.

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	*Non applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

S'agissant de la fusion, sur option, des sections soins et dépendance :

Les conséquences financières de la mesure s'appréhendent de la façon suivante :

- L'année du transfert, l'ONDAM médico-social (pour les EHPAD) et l'ONDAM établissements de santé (pour les USLD) sont rebasés de la dépense afférente à la dépendance pour les EHPAD et les USLD situés sur le territoire concerné. Cette dépense, de nature dynamique, étant d'une part calculée sur une référence historique, et d'autre part écrêtée pour les départements qui arrêtent une valeur élevée de point GIR, le rebasage sera supérieur au montant de recettes récupéré. Si les lois financières préciseront les modalités exactes de compensation, il est postulé ici que le surcoût sera supporté par le régime général, et non par le budget de l'Etat.
- S'ajoute à cet effet le fait que l'intégralité des dépenses de soins et d'entretien de l'autonomie des résidents issus de départements n'ayant pas opté seront assumées par l'assurance maladie. La dernière étude de la CNSA disponible fait état d'une part moyenne de 12% de résidents provenant, au titre du domicile de secours, d'un autre département, avec une dispersion importante. La médiane est de l'ordre de 9%.
- L'application d'une participation forfaitaire pourra enfin entraîner des évolutions dans le montant des participations perçues par les établissements, et donc sur le montant de la dotation globale versée par l'assurance maladie au titre des soins et de l'entretien de l'autonomie. Le niveau de la participation, uniforme dans les départements ayant fait le choix de la fusion, s'établira à un niveau équivalent à la moyenne actuellement constatée, si bien qu'au global, l'effet sera nul.
- Enfin, dans la durée, l'impact financier pour l'assurance maladie dépendra de l'évolution comparée de la dépense (déterminée par le niveau de dépendance des personnes concernées, le niveau fixé pour la valeur du point GIR) d'une part, et d'autre part des recettes affectées à cette nouvelle dépense.

L'ensemble de ces effets, directs et certains, pourra être estimé à l'issue des discussions avec les départements et au regard du nombre et de la taille des départements qui choisiront la fusion.

Il est rappelé que le coût de la dépendance actuellement financé par les conseils départementaux pour les résidents en EHPAD et USLD est estimé à 3,8 Md€. Si tous les départements devraient opter, ce coût serait financé par la branche Autonomie (à hauteur de 3,6 Md€ pour les EHPAD) et par la branche Maladie (à hauteur de 0,2 Md€ pour les USLD).

Pour le chiffrage, strictement indicatif, de la présente étude d'impact, a été retenue pour hypothèse un choix de la fusion par 10 départements la première année (2025), 5 supplémentaires la suivante, et enfin 5 autres en 2027. De manière très conventionnelle, le coût CNSA correspond aux dépenses liées à l'évolution des bénéficiaires d'APA en établissement, qui progressent du fait du recentrage des résidents sur les GIR 1-4 et des créations de places à horizon 2030, ainsi qu'à la prise en charge par la CNSA du coût des personnes présentes en établissement dans les départements concernés par l'expérimentation mais dont le domicile de secours est dans un autre département. Ce chiffrage n'intègre pas le coût d'un écrêtement des recettes reprises pour les départements qui avaient arrêté une valeur élevée de point GIR (voir *supra*).

Les lois financières permettront de compléter, sur la partie recettes, le dispositif de financement. Pour la CNSA, il passera par une moindre dépense hors OGD, au titre des concours APA, et par des recettes complémentaires.

S'agissant de la mesure permettant de financer sur la sections soins et entretien de l'autonomie des dépenses de prévention actuellement portées par la section hébergement

- Les dépenses concernées se réfèrent aux postes de diététicien et d'enseignant en éducation physique adaptée.

  Pour les estimations financières, les hypothèses suivantes ont été retenues :

  - Une heure d'éducation physique adaptée par semaine pour 10 résidents,
  - 0,1 ETP de diététicien pour 100 places.

⇨ Compte tenu du nombre de places total, du coût horaire moyen brut chargé estimé pour ces postes, le coût total de cette mesure s'élèverait à 135,9 M€, échelonnés sur 3 ans à partir de 2025, sur l'ensemble du territoire national. Selon l'hypothèse de montée en charge de la réforme (10 département en 2025, 5 en 2026 et 5 en 2027), le coût de cette mesure est estimé à 4,5 M€ en 2025 (sur 12 mois) et 6,75 M€ en 2026 et 9 M€ en 2027.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie			-37	-57	-77
Intégration prévention			*-5*	*-7*	*- 9*
Fusion des sections (1)			*-32*	*-50*	*-68*
Départements			32	50	68

(1) Ce montant sera compensé par un transfert de financement en provenance des départements.

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

a) Impacts économiques

La fusion des sections constitue une simplification susceptible de permettre la réalisation de gains d'efficience, aussi bien chez les gestionnaires d'établissements qu'au sein des départements.

En facilitant la conclusion des CPOM, il en est également attendu une plus grande adaptation de l'allocation des ressources aux besoins des résidents.

La possibilité accordée à la future section fusionnée de porter des dépenses liées à la prévention doit également permettre de réaliser des gains d'efficience et de qualité dans la prise en charge de la grande dépendance en établissement.

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

Il est attendu une simplification des démarches administratives avec le régime de contribution financière aux dépenses d'entretien de l'autonomie dans ces établissements.

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

Pour les départements : la fusion des sections soins et dépendance constitue un allégement significatif des tâches de gestion :

- Suppression de l'instruction individuelle des demandes d'APA en établissement pour les résidents des établissements situés dans ce département.

Pour les ARS : le surcoût en gestion reste modéré, dans la mesure où les valeurs retenues pour l'équation de la section dépendance, issues de la grille AGGIR, sont déjà connues et utilisées pour la section soins. Pour les établissements qui ne sont pas habilités à l'aide sociale, les coûts de négociation avec le ou les départements concernés seront réduits. L'implication de l'ARS sur les enjeux de prévention s'inscrit en cohérence avec une implication croissante, qui se fait aujourd'hui par le biais de crédits non reconductibles, par construction non pérennes.

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

Ces dispositions sont mises en œuvre à moyens constants.

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.

- ⇨ Décrets en Conseil d'Etat :
  - Définitions des modalités de tarification des EHPAD (hébergement permanent) dans les départements optant pour le régime adapté de financement;
  - Réforme des modalités de tarification des modes d'accompagnement adossés aux EHPAD (accueil temporaire avec ou sans hébergement notamment) – régime de droit commun et régime adapté de financement ;
  - Prise en compte de l'intervention possible d'infirmiers dans l'évaluation, le contrôle et la validation de la perte d'autonomie des résidents et des procédures de recours devant une commission régionale et prise en compte d'un régime dérogatoire pour l'évaluation du niveau de perte d'autonomie des résidents (compétence exclusive ARS pour les départements ayant opté pour le régime adapté de financement des EHPAD) ;
  - Dispositions relatives au transfert de compétence du CD vers l'ARS pour les départements ayant opté pour le régime adapté de financement et Conditions d'imputation du montant de la compensation à verser par les départements optant pour le régime de financement adapté sur le concours APA en établissement ;

- ⇨ Niveau décret simple :
  - Modalités de détermination et de mise en œuvre de la participation des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie
  - Montant minimum laissé à la disposition des personnes accueillies après paiement des participations et tarifs hébergement (annuel) ;
  - Modalités de remboursement, aux départements ayant opté pour le régime de financement adapté, des tarifs journaliers qu'ils versent aux EHPAD implantés dans des départements n'ayant pas opté pour ledit régime et hébergeant leurs ressortissants ;

- Clé de répartition des reversements financiers des départements ayant opté pour le régime de financement adapté entre la sécurité sociale et l'Etat ;
- Valeur individuelle du plafond de dépenses d'APA en établissements prises en compte pour le calcul de la compensation à verser par les départements optant pour le régime de financement adapté ;
- Liste des départements ayant opté pour le régime de financement adapté (annuel).

⇨ Arrêtés ministériels ou interministériels :
- Modification de l'instruction comptable « M22 » et des plans de comptes M21, M22 et M22 bis ;
- Modification des cadres normalisés budgétaires applicables aux EHPAD ;
- Mise en œuvre des modalités de validation des évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des résidents en EHPAD ;

⇨ Instruction interministérielle :
- Instruction relative à l'économie générale du dispositif de tarification adapté de financement.

⇨ Concernant les USLD, l'entrée en vigueur de la réforme nécessite des textes réglementaires :
- Modalités d'allocation de la nouvelle DAF soins et entretien autonomie des USLD, sans préjudice de l'évolution des USLD à définir (décret en Conseil d'Etat)
- Décret sur l'annexe USLD du CPOM des établissements de santé

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'année 2024 sera consacrée à l'élaboration des textes réglementaires d'application, pour que les acteurs (gestionnaires, éditeurs de logiciels, départements, ARS).

L'entrée en vigueur serait ainsi différée au 1er janvier 2025.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi inter-administratif s'appuyant notamment sur les systèmes d'information de la CNSA.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 232-1 avant modification	**Article L. 232-1 après modification**
Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.	Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. **Par dérogation au premier alinéa, les dispositions de la sous-section 2 de la présente section ne sont pas applicables aux personnes hébergées dans un établissement mentionné aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 situé dans un département mettant en œuvre le régime adapté de financement mentionné à l'article L. 314-15.**
	Section 5 « Régime adapté de financement de certains établissements »
	Article L. 314-15
	I. – Les départements peuvent opter, par délibération de leur assemblée délibérante, pour un régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12. **Les dispositions du présent chapitre sont applicables à ces établissements sous réserve des adaptations prévues par la présente section.** **II. – Le régime adapté de financement est applicable à compter de l'exercice qui suit l'année au cours de laquelle la délibération mentionnée au I est transmise au représentant de l'Etat, si cette transmission a lieu au plus tard le 31 janvier de l'année en question.** **Lorsque la délibération est transmise après cette date, le régime adapté est applicable à compter de l'exercice suivant l'exercice mentionné à l'alinéa précédent.** **III. – Un décret dresse la liste des départements ayant choisi le régime adapté de financement**
	Article L. 314-16
	I. – Dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement, pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 314-15, les charges couvertes par les forfaits globaux mentionnés au 1° et au 2° du I de l'article L. 314-2 sont, par dérogation à ces dispositions, financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. **« Ce forfait global unique prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents dans les conditions prévues par**

	l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Ce forfait global unique peut en outre : **« 1° Inclure des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3, définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 ;** **« 2° Tenir compte de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs du contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12, ainsi que de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement ou du service ;** **« 3° Financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l'hébergement mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-2.** **II. – Le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente fixe chaque année le montant du forfait global unique mentionné au I.**
	Article L. 314-17
	Par dérogation au II de l'article L. 314-2, le forfait global unique mentionné à l'article L. 314-16 est fixé, pour les établissements nouvellement créés, en prenant en compte le niveau de dépendance moyen national des résidents et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixés annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
	Article L. 314-18
	Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 314-9, l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents des établissements mentionnés au I de l'article L. 314-15 est transmise pour contrôle et validation à un médecin ou un infirmer désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente.
	Article L. 314-19
	I. –Les résidents acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d'autonomie, une participation journalière aux dépenses d'entretien de l'autonomie dont les modalités de détermination et de mise en œuvre sont fixées par décret. **II. – Il est garanti aux personnes accueillies dans les établissements mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 232-8 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un montant minimum tenu à leur disposition après paiement des prestations à leur charge mentionnées au 3° du I de l'article L. 314-2 et au I de l'article L. 314-16 fixé par décret.** **La participation mentionnée au I peut être prise en charge par l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4 dans les conditions prévues au livre Ier. »**
	Article L. 314-20
	Le forfait global unique mentionné au I de l'article L. 314-16 est versé par l'organisme payeur de l'assurance maladie territorialement compétent en tenant compte des participations forfaitaires mentionnées à l'article L. 314-19.

	Article L. 314-21
	Les dispositions du II de l'article L. 232-8 sont applicables aux départements ayant opté pour le régime adapté de financement, à l'égard des personnes qui sont à leur charge en application de l'article L. 122-1, lorsque celles-ci résident dans un établissement situé dans un département qui n'a pas opté pour le régime adapté de financement. **Les versements effectués en application de l'alinéa précédent sont intégralement remboursés aux départements ayant opté pour le régime adapté de financement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, selon des modalités définies par décret.**
	Article L. 314-22
	Dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement et par dérogation au IV *ter* de l'article L. 313-12, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements mentionnées à l'article L. 342-1 n'est conclu avec le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, sauf si le président du conseil départemental fait connaître à celui-ci son intention d'être associé à la négociation et à la signature du contrat dans l'année qui précède le début de la négociation.
Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-22 avant modification	**Article L. 162-22 après modification**
Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés : 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ; 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-19 ; 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ; 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1.	Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés : 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ; 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-19 ; 3° Pour les activités réalisées dans les ~~*unités ou centres de*~~ **établissements de santé autorisés à dispenser des** soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ; 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1.
Article L. 174-5 avant modification	**Article L. 174-5 après modification**
Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général. Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1.	**I. -** Dans les ~~*unités ou centres de*~~ **établissements de santé autorisés à dispenser des** soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général. Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans ~~*les unités ou centres de long séjour*~~ **ces établissements** sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie

	est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1. **II. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement prévu à l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles, le forfait global relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie est pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que celles prévues à la section 5 du chapitre IV du titre Ier du livre III du même code, à l'exception des dispositions de l'article L. 314-18 du même code.** **Les modalités de détermination et d'allocation du forfait global unique à ces établissements sont fixées par décret en Conseil d'Etat.** **Le montant annuel des dépenses afférentes au forfait global unique prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.**
Article L. 174-6 avant modification	**Article L. 174-6 après modification**
Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé. Les sommes versées aux unités et centres de soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition. Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.	Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les ~~*unités ou centres de*~~ **établissements autorisés à dispenser des** soins de longue durée sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté ~~*l'unité ou le centre de*~~ **l'établissement de santé autorisé à dispenser des** soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé. Les sommes versées aux ~~*unités et centres de*~~ **établissements de santé autorisés à dispenser des** soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition. Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.
Code de la santé publique	
Article L. 6114-1-2 avant modification	**Article L. 6114-1-2 après modification**
Lorsque l'établissement de santé dispose d'une autorisation d'activité de soins de longue durée mentionnée à l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale, le contrat prévu à l'article L. 6114-1 du présent code comporte une annexe relative à cette activité cosignée par le président du conseil départemental. L'absence de signature de cette annexe par le président	**I.-** Lorsque l'établissement de santé dispose d'une autorisation d'activité de soins de longue durée mentionnée à l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale, le contrat prévu à l'article L. 6114-1 du présent code comporte une annexe relative à cette activité cosignée par le président du conseil départemental. L'absence de signature de cette annexe par le président

du conseil départemental ne fait pas obstacle à la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Pour les soins de longue durée dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, cette annexe vaut convention à l'aide sociale départementale prévue aux articles L. 313-8-1 et L. 342-3-1 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elle est signée par le président du conseil départemental. Lorsque l'agence régionale de santé et le conseil départemental ne cosignent pas l'annexe, chacune de ces autorités procède à la tarification des soins de longue durée pour les prestations relevant de ses compétences. Lorsque le président du conseil départemental n'est pas signataire de l'annexe du contrat, celui-ci établit une convention à l'aide sociale avec l'établissement de santé, titulaire d'une autorisation d'activité de soins de longue durée, habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.	du conseil départemental ne fait pas obstacle à la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Pour les soins de longue durée dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, cette annexe vaut convention à l'aide sociale départementale prévue aux articles L. 313-8-1 et L. 342-3-1 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elle est signée par le président du conseil départemental. Lorsque l'agence régionale de santé et le conseil départemental ne cosignent pas l'annexe, chacune de ces autorités procède à la tarification des soins de longue durée pour les prestations relevant de ses compétences. Lorsque le président du conseil départemental n'est pas signataire de l'annexe du contrat, celui-ci établit une convention à l'aide sociale avec l'établissement de santé, titulaire d'une autorisation d'activité de soins de longue durée, habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. **II. – Lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement prévu à l'article L. 314-15 du code de l'action sociale et des familles, l'annexe n'est conclue qu'avec le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, sauf si le président du conseil départemental a fait connaître à celui-ci son intention d'être associé à la négociation et à la signature du contrat dans l'année qui précède le début de la négociation.**

Article 38 - Création du service de repérage et d'accompagnement précoce

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

Cette mesure vise à mettre en place un service destiné à tous les enfants quels que soient leurs handicaps ou suspicions de handicaps, en créant un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention pour les enfants de moins de 6 ans, articulé avec les parcours de bilan et d'intervention précoce pour les troubles du neuro-développement et le parcours de rééducation et de réadaptation des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale. Ce service sera donc incarné par une ou plusieurs structures du champ sanitaire ou médico-social, désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé (DG ARS), le cas échéant suivant la nature des troubles identifiés (polyhandicap et cérébrolésés, TND, autres handicaps). Dans ce cadre, de par leur positionnement, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) auront en toute logique une place privilégiée.

Le parcours de repérage et d'accompagnement précoce sera mis en œuvre par la ou les structures désignées par le directeur général de l'ARS, qui seront chargées d'organiser, de mettre en œuvre et de coordonner le parcours de repérage, de bilan, de diagnostic et d'intervention de ces enfants. Dans ce cadre, elles animeront un réseau d'acteurs du champ sanitaire, médico-social et des soins de ville de leurs territoires (paramédicaux, maternités, protection maternelle et infantile -PMI-, pédiatres, médecins traitants, médecine scolaire, etc.). Cette désignation pourra s'opérer via un appel à candidature sur le territoire, avec une sélection sur la base d'un cahier des charges national pris par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des personnes handicapées.

La réalisation des interventions auprès des enfants est assurée par les structures qui mettent en œuvre le parcours, en mobilisant leurs moyens propres, ainsi qu'en faisant appel, le cas échéant, à des professionnels libéraux :

- Des professionnels de santé conventionnés ;
- Des professionnels de santé non conventionnés (ergothérapeutes et psychomotriciens) ;
- Des psychologues.

La rémunération de tout ou partie des prestations liées à ce parcours sera financée sous la forme d'un forfait, selon des modalités qui seront définies par voie règlementaire. La prise en charge des frais sera assurée par l'assurance maladie et les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables. Des dispositions réglementaires viendront également préciser les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des interventions des professionnels libéraux non conventionnés et des psychologues intervenants dans le cadre de ce parcours, ainsi que les modalités de gestion administrative de la facturation pour ces mêmes professionnels.

En parallèle, afin d'organiser de façon cohérente l'ensemble de parcours susmentionnés, le présent article modifie les dispositions relatives au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement. Sont renvoyées au niveau réglementaire des modalités d'ordre techniques que sont le calcul et de versement de la rémunération des professionnels libéraux non conventionnés intervenants (pour rappel : ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues). Cette proposition de rédaction harmonise le schéma juridique du parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement avec celui créé par la présente loi et avec le parcours de rééducation et de réadaptation des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale créé par la précédente loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, une construction homogène et efficiente des modalités de facturation des actes de ces professionnels pourra s'envisager. Dans cette même logique d'harmonisation il est précisé que les structures désignées par le DG ARS pour mettre en place le nouveau parcours mentionné à l'article L2134-1 du CSP, ainsi que les structures désignées pour mettre en œuvre le parcours pour les personnes polyhandicapées ou cérébrolésées, bénéficient d'une dotation tel que prévu pour le parcours dédié aux enfants présentant des troubles du neuro-développement. Par ailleurs, le terme « contrat » utilisé dans les articles L. 2135-1 et L. 2136-1 du CSP, est remplacé par les termes « projet de parcours », plus adéquats, là aussi dans une logique d'harmonisation avec l'article L. 2134-1 créé.

Enfin, la place majeure que les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) occupent dans ce service de repérage et d'accompagnement précoce invite à faire évoluer leur cadre juridique. Les modifications introduites à l'article L2112-8 permettent au DG ARS de verser une part du budget d'un CAMSP au-delà de 80 %, sous réserve qu'une convention soit conclue entre le DG ARS et le président du conseil départemental. Ce ratio n'est plus limitatif, et devient alors un seuil plancher. Le solde relève toujours du financement du Département. Cette mesure accompagne une mesure de rebasage des CAMSP qui contribuera à réduire leur file d'attente. Il est expréssement précisé, dans l'article L. 2112-8, que le DG ARS est l'autorité compétente pour fixer la dotation des CAMSP, pour une meilleure lisibilité de la norme.

b) Autres options possibles

Une autre option pourrait être envisagée afin de répondre au besoin d'améliorer le repérage, le diagnostic et l'intervention précoces pour les enfants de 0 à 6 ans, lesquelles sont moins opérantes que la solution proposée :

Option 2 : Renforcer les CAMSP afin qu'ils soient en capacité d'accompagner tous les enfants en liste d'attente.

Actuellement, les CAMSP s'adressent à des enfants âgés de 0 à 6 ans qui présentent des difficultés ou des retards au cours de leur développement, liés à des troubles ou des altérations. En accès direct, le CAMSP ne nécessite pas d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Il réalise l'évaluation, le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants.

Cette option reviendrait à augmenter la dotation des CAMSP pour qu'ils soient en capacité d'absorber leur file active, de proposer des parcours diagnostics et d'intensifier le nombre d'intervention auprès des enfants pour limiter le risque de surhandicap notamment. Elle suppose que les CAMSP soient en capacité de réaliser les recrutements nécessaires pour remplir ces missions. Or le constat actuel, qui a amené à la création des PCO et à la création d'un parcours de rééducation et réadaptation précoce des enfants polyhandicapés et cérébrolésés, est la nécessité de s'appuyer sur toute l'offre de soins pour pouvoir répondre qualitativement et quantitativement à ces besoins. En outre la logique de contractualisation mise en place dans le cadre des PCO permet d'assurer un meilleur respect des RBPP, objectif poursuivi par la mise en place de ce service.

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

Cette mesure renvoie à l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale, dans la version de la LO en vigueur à partir du 1er septembre 2022 en raison du 1° b.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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 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

La mesure crée un nouveau chapitre relatif au service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce au sein du titre III du livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique comportant un article unique.

Par ailleurs, elle introduit des modifications aux articles L.2135-1 et 2112-8 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas d'articles à abroger.

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 directement applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure directement applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le nombre de naissances annuel est de l'ordre de 700 000 en France, et l'on peut estimer un taux de prévalence du handicap de 11,2 % entre 0 et 6 ans. Ainsi, le nombre d'enfants concernés par la mesure est un peu inférieur à 500 000. Avec l'hypothèse d'une durée moyenne d'accompagnement de 2,5 ans (durée moyenne actuelle de prise en charge en CAMSP), le nombre d'enfants cible de ce parcours serait de l'ordre de 200 000 enfants chaque année. Aujourd'hui, le nombre d'enfants repérés correspond à environ 50 % de ce public cible.

Considérant :

- Un objectif de 80 % de taux de recours ;
- 2 actes de professionnels libéraux en moyenne par enfant et par mois. Ce nombre moyen d'actes par enfant recouvre deux situations distinctes :
    - Une intensification des interventions pour les enfants actuellement pris en charge par les secteurs sanitaire et médico-social ;
    - Une prise en charge des nouveaux enfants repérés, sachant que plus le taux de repérage s'approchera de 100 %, plus le nombre d'actes moyen par mois pour ces enfants sera faible (d'une part du fait d'un besoin d'accompagnement plus faible, d'autre part car il s'agit de troubles repérables plus tardivement, donc d'enfants dont la durée moyenne d'accompagnement sera inférieure à la durée moyenne de 2,5 années) ;
- Un coût moyen d'intervention de 42 euros par acte (tarif moyen dans le cadre des PCO, avec 1500 euros pour 35 séances, sans préjuger des professionnels qui interviendront dans le cadre du parcours créé) ;
- En fonction de la part déterminée au niveau règlementaire pour la participation du patient qui sera couverte par les organismes complémentaires par l'intermédiaire des contrats responsables, la dépense de la branche maladie sera réduite d'autant (pour rappel, les tickets modérateurs existants pour les différentes prestations de soins se situent principalement entre 20 % et 40 % de la base de remboursement).

Le montant total de la mesure qui entrerait en vigueur en 2025, avec une hypothèse de montée en charge jusque 2028, s'élèverait à 169 M€ en 2028 sur l'ONDAM soins de ville, auxquels il convient d'ajouter des crédits pour rebaser les CAMSP au sein de l'ONDAM médico-social portés par ailleurs. Ce coût s'étalerait sur 4 ans dans le cadre d'une montée en charge progressive. Par ailleurs, l'éventuel impact de la mesure sur les structures médico-sociales hors CAMSP et sur les structures sanitaires qui pourraient être mobilisées dans le cadre de ce service n'est pas évalué. De même l'impact d'un repérage et d'une intervention plus précoce sur la réduction du sur-handicap et donc la réduction des dépenses de prise en charge à terme n'est pas évalué.

Le coût estimé est de 169 M€ sur l'ONDAM Soins de ville à horizon 2028 avec une hypothèse de taux de recours à 80 % et sans prendre en compte la part qui sera à la charge par les complémentaires santé au titre de la participation du patient, dont les modalités exactes seront définies par voie réglementaire.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027

ROBSS					
- Maladie			-42	-84,5	-127
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, 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 permet aux structures désignées par le DG ARS d'organiser le repérage et les parcours d'accompagnement pour les enfants de moins de 6 ans avec la participation de professionnels libéraux conventionnés ou non. Leur activité est donc susceptible d'augmenter.

b) Impacts sociaux

Le diagnostic tardif est source de surhandicap, de perte de chance pour l'enfant, d'errance des familles et se traduit par une perte d'autonomie nécessitant de majorer les dépensesde soins et d'accompagnement tout au long de la vie de l'enfant.

La plasticité cérébrale du jeune enfant permet, lorsque la rééducation est déployée efficacement, de développer des compensations pour une insertion maximisée en milieu ordinaire, en diminuant les étayages médico-sociaux. Mettre en place ce parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention précoces, permet de repérer et diagnostiquer le plus tôt possible. Les familles seront également accompagnées dans le cadre de ce parcours.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure vise à organiser le repérage et proposer des interventions précoces à tous les enfants de moins de 6 ans qui en présentent le besoin, quel que soit le handicap. De fait, l'accès à ces interventions précoces est de nature à réduire les troubles et leurs conséquences sur la santé des enfants dans l'ensemble de ses dimensions.

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

Idem, la mesure vise à organiser le repérage et proposer des interventions précoces à tous les enfants de moins de 6 ans qui en présentent le besoin, quel que soit le handicap. De fait, l'accès à ces interventions précoces est de nature à réduire les troubles et leurs conséquences sur la santé des enfants dans l'ensemble de ses dimensions.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact.

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 parcours d'accompagnement des enfants et de leurs familles sera fluidifié grâce à l'augmentation des capacités d'accompagnement : d'une part via un accès facilité aux libéraux dans le cadre du parcours créé, et d'autre part via la possibilité, pour le DG ARS, de financer les CAMSP au-delà de 80 % de leurs dotations (sous réserve qu'une convention soit conclue avec le président du conseil départemental).

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

Impact pour les ARS relatif à l'impulsion de ce nouveau parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention précoce, mais correspondant déjà à leurs missions d'animation des politiques publiques sanitaires dans les territoires.

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

Aucun impact direct de la mesure législative, néanmoins les dispositions d'ordre réglementaire pourront concerner les caisses de sécurité sociale, et notamment s'agissant des modalités de facturation des interventions des professionnels libéraux qui seront fixées par décret.

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'État, en application de l'article L2134-1 du code de la santé publique viendra préciser les modalités de mise en œuvre opérationnelle de ce service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce, et notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, la durée de prise en charge et les conditions de calcul et de versement de la rémunération des professionnels mentionnés participants au parcours. Il est envisagé une publication de ce décret au plus tard le 1er janvier 2025.

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 dispositions du 1° et du 3°/4° du I. de la mesure proposée, respectivement la souplesse introduite dans les modalités de financement des CAMSP et les ajustements rédactionnels entre les différents parcours, entrent en vigueur dès le 1er janvier 2024. Les dispositions du 2° du I. et du II. de la mesure proposée, respectivement la création du parcours et ses modalités de prise en charge, entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2025.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une communication autour de ce nouveau service sera envisagée.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure est prévu (points réguliers) et pourrait être formalisé par la mise en place d'un groupe de travail réunissant les différentes parties prenantes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 2112-8 du code de la santé publique avant modification	Article L. 2112-8 du code de la santé publique après modification
Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du département pour le solde. Par dérogation au premier alinéa du présent article, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1 et, le cas échéant, au parcours mentionné à l'article L. 2136-1.	Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 est assuré par une dotation globale annuelle **fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé,** à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du département pour le solde. **Toutefois, la part à la charge des régimes d'assurance maladie peut être fixée à un niveau supérieur dans le cadre d'une convention conclue entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental.** Par dérogation au premier alinéa du présent article, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1 et, le cas échéant, au parcours mentionné à l'article L. 2136-1.
Article L. 2134-1 du code de la santé publique abrogé	**Article L. 2134-1 du code de la santé publique rétabli**
	Les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, les professionnels de soins de ville, les services départementaux de protection maternelle et infantile et les services de l'éducation nationale assurent le repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant de quelque nature que ce soit, notamment un trouble du neuro-développement. Ce repérage s'appuie notamment sur les examens médicaux obligatoires prévus à l'article L. 2132-2. **Un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention est pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale pour ces enfants, dans les conditions prévues par le présent article ou, le cas échéant, dans les conditions prévues aux articles L. 2135-1 et L. 2136-1.** **Le parcours est organisé, selon la nature des troubles, par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements et services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les établissements mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code. Ces structures respectent un cahier des charges défini par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des personnes handicapées. La rémunération de tout ou partie des prestations réalisées dans le cadre de ce parcours prend la forme d'un forfait.** **Les structures mentionnées à l'alinéa précédent peuvent conclure, pour la réalisation des bilans, diagnostics ou interventions, un projet de parcours avec des professionnels de santé libéraux mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et avec des psychologues. Ce projet de parcours prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant ainsi que les modalités de calcul et de versement de la rémunération des prestations réalisées.** **Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, la durée de prise en charge et les conditions**

	de calcul et de versement des rémunérations des professionnels participant au parcours.
Article L. 2135-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L. 2135-1 du code de la santé publique après modification**
Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie. Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code. Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées au deuxième alinéa du présent article un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours. La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.	Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie. Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code. Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées au deuxième alinéa du présent article un **projet de parcours** ~~*contrat*~~, conforme **à un modèle** ~~*au contrat type*~~ défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce **projet de parcours** ~~*contrat*~~ prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. ~~*Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours.*~~ La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.
Article L.2136-1 du code de la santé publique avant modification	**Article L. 2136-1 du code de la santé publique après modification**
Pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale, un parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation est pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale. Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code ou parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui peuvent conclure à cet effet un contrat avec des professionnels de santé libéraux conventionnés et avec ceux mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, le nombre de séances prises en charge et les modalités de calcul et de versement de la rémunération des professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1.	Pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale, un parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation est pris en charge par l'assurance maladie, sur prescription médicale. Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code ou parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui peuvent conclure à cet effet un **projet de parcours** ~~*contrat*~~ avec des professionnels de santé libéraux conventionnés et avec ceux mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, le nombre de séances prises en charge et les modalités de calcul et de versement de la rémunération des professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1.
Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale après modification**

La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre.	La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre. **9°(alinéa insérée par mesure PLFSS sur expé 51)** **10° La couverture des frais relatifs au parcours mentionné à article L. 2134-1 du code de la santé publique.**

Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale après modification
I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 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. 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. 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. 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 pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1. 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	I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 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. 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. 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. 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 pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1. **La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 10° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le taux ou 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.** II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge

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. Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile. 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. 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. 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 : 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 ; 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 ; 3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 et au 1° de l'article L. 160-9-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ; 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. 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. 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°. 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 récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les	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. Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile. 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. 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. 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 : 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 ; 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 ; 3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 et au 1° de l'article L. 160-9-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ; 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. 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. 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°. 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 récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. 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. Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.	montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.
Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale après modification**
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 du même 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 : 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 ; 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 ; 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 ; 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies : 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 ; b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; 5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ; 6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 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 ; 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 ; 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 ;	La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa **du I** de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée, sous réserve des dispositions du **quatrième** ~~dernier~~ alinéa du I du même 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 : 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 ; 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 ; 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 ; 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies : 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 ; b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; 5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ; 6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 et pour les frais de transport mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 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 ; 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 ; 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 ;

12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ; 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 ; 14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ; 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 ; 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ; 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ; 21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres 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 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ; 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ; 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 ; 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ; 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; 26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ; 27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas	12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité ; 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 ; 14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ; 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 ; 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 et de ceux relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs, aux consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de quarante à quarante-cinq ans et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ; 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou relevant des soins mentionnés au 1° de l'article L. 160-9-1 ; 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 ; 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 ; 20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ; 21° Pour les frais d'acquisition de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres 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 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ; 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ; 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 ; 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions, pour les assurés dont l'âge est compris entre vingt et vingt-cinq ans inclus ; 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; 26° Pour l'assistance médicale à la procréation réalisée dans les conditions prévues au chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ; 27° Pour les frais liés au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que, le cas

échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ; 28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique. 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. 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 dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.	échéant sous condition de limite d'âge, pour les frais liés au dépistage des autres infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 162-13-2 ; 28° Pour les frais de transport réalisé à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-1 du code de la santé publique. 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. 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 dispositif d'appui à la coordination mentionné à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, d'un dispositif spécifique régional mentionné à l'article L. 6327-6 du même code ou d'un dispositif coordonné de soins.
Article L. 174-17 du code de la sécurité sociale avant modification	**Article L. 174-17 du code de la sécurité sociale après modification**
Les structures désignées en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique perçoivent une dotation pour financer le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement, versée par la caisse mentionnée au premier alinéa des articles L. 174-2 ou L. 174-8 du présent code.	Les structures désignées en application **des articles L. 2134-1, L. 2135-1 ou L. 2136-1** ~~*de l'article L. 2135-1*~~ du code de la santé publique perçoivent une dotation pour financer **les parcours mentionnés à ces articles** ~~*le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement*~~, versée par la caisse mentionnée au premier alinéa des articles L. 174-2 ou L. 174-8 du présent code.

Article 39 – Rénover les modalités d'indemnisation du déficit fonctionnel permanent

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Cadre juridique de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) est fondée sur une logique forfaitaire justifiée par un principe de présomption d'imputabilité du dommage à l'activité professionnelle dispensant la victime d'engager une action en responsabilité. La victime est indemnisée par la branche AT-MP financée par les cotisations employeurs, indépendamment de toute faute établie de l'employeur. Ce principe est au fondement de la construction de la branche AT-MP et de son compromis historique de 1898, auquel les partenaires sociaux ont rappelé leur attachement.

Les dispositions relatives à la réparation des AT-MP sont prévues par le livre IV du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit l'indemnisation des frais de santé et des arrêts de travail sur une base plus favorable que l'indemnisation en maladie ordinaire. En outre, en cas d'incapacité permanente, la victime bénéficie soit d'une indemnité en capital (incapacité permanente inférieure à 10%), soit d'une rente viagère (incapacité permanente supérieure ou égale à 10%).

Dans le cadre de la législation propre aux AT-MP, la responsabilité de l'employeur peut toutefois être engagée lorsque celui-ci a commis une faute inexcusable. La faute inexcusable de l'employeur (FIE) est constituée dès lors que l'employeur a manqué à son obligation de sécurité alors qu'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, sans qu'il n'ait pris les mesures nécessaires pour l'en préserver (exemple : non-utilisation des dispositifs de sécurité sur un chantier où les ouvriers travaillent à plus de 3 mètres ; entreprise non équipée de dispositif suffisant pour contrôler l'accès de l'entreprise et en l'absence de moyen spécifique d'alarme permettant d'appeler tout secours en cas de danger). En cas de faute inexcusable reconnue, la victime a droit à des dispositifs d'indemnisation complémentaires aux dispositions relatives à la réparation prévues dans le livre IV du Code de la sécurité sociale.

En 2022, le nombre de dossiers déposés pour faute inexcusable de l'employeur était de 2 671. Parmi ces dossiers, 1 339 dossiers déposés par des victimes directes et 330 déposés par les ayants-droit ont abouti à une condamnation de l'employeur. En 2022, ces condamnations représentent 6% des nouveaux dossiers de rentes ATMP. . Le pourcentage de dossiers reconnus par les juridictions reste relativement stable (environ 60% des demandes aboutissent à la condamnation de l'employeur pour faute inexcusable – tous dossiers confondus, 1 817 actions ont été reconnues en 2018, 1 598 en 2019, 1 327 en 2020, 1 754 en 2021).

b) Mesure proposée

Amélioration de la réparation du préjudice et clarification de la nature duale de la rente

La mesure proposée :

- introduit explicitement la couverture partielle du préjudice fonctionnel permanent (DFP) dans la rente viagère AT-MP dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 10% pour garantir la nature duale de la rente (couverture du préjudice économique et du préjudice fonctionnel permanent) ;

- améliore la réparation du préjudice fonctionnel permanent en droit commun des AT-MP et en tire les conséquences sur la répartition de la charge financière à ce titre entre la branche AT-MP et les employeurs condamnés dans le cadre de la faute inexcusable de l'employeur.

Pour ce faire, la disposition **explicite que la rente viagère ATMP prévue au livre IV du Code de la sécurité sociale indemnise** :

- d'une part le **préjudice économique, ou professionnel, correspondant à la perte de gains professionnels et à l'incidence professionnelle de l'incapacité**. Les modalités de calcul de la part professionnelle seront précisées par décret après consultation des partenaires sociaux. L'évolution de l'actuelle assiette prise en compte pour le calcul de la part professionnelle se justifie dans la mesure où jusque janvier 2023, la rente était réputée couvrir les préjudices économiques et le préjudice fonctionnel permanent. Ainsi, les mesures proposées (clarifier la composition de la rente tout en améliorant le niveau de réparation des bénéficiaires) impliquent nécessairement une diminution de l'assiette des salaires prise en compte, qui sera compensée par l'introduction de la part fonctionnelle ;

- d'autre part, le **préjudice non économique correspondant au déficit fonctionnel permanent** selon un barème *ad hoc* inspiré du barème Mornet[1] qui sera défini par arrêté après consultation des partenaires sociaux. La prise en compte d'une fraction du point fixé par le barème permettra de couvrir ce préjudice de manière forfaitaire.

Par ailleurs, la disposition précise **qu'en cas de faute inexcusable** de l'employeur, la rente sera majorée :

- D'une part, sur la part professionnelle : le montant majoré sera au plus égal au taux d'incapacité multiplié par le salaire réel de la victime ;
- D'autre part, sur la part couvrant le déficit fonctionnel permanent : le montant majoré sera au plus égal au taux d'incapacité multiplié par le point du barème mentionné au L.434-2.

Par ailleurs, les articles L. 751-8 et L. 751-9 du Code rural et de la pêche maritime renvoient directement aux articles du code de la sécurité sociale modifiés par cette mesure, il n'est donc pas nécessaire d'adapter ces dispositions dans le Code rural et de la pêche maritime.

Prise en compte de l'impact financier d'une amélioration de la réparation par la rente AT-MP

La mesure proposée améliore l'indemnisation de l'ensemble des victimes d'AT-MP en affirmant la nature duale de la rente viagère, conformément à la volonté des partenaires sociaux rappelée dans l'ANI, tout en limitant le risque économique pour les entreprises dans le cadre d'une faute inexcusable et en s'assurant de la soutenabilité financière de la branche ATMP.

La jurisprudence de la Cour de cassation a en effet eu des impacts financiers tant pour la sécurité sociale que pour les employeurs, même en dehors des cas de FIE :

- Dans le cadre de leur recours contre tiers quand un accident implique un tiers responsable, les **organismes de sécurité sociale** pouvaient, jusqu'au revirement de jurisprudence de la Cour de cassation, demander au tiers responsable ou à son assureur le remboursement de la rente au titre des préjudices économiques mais aussi au titre du déficit fonctionnel permanent. Le caractère purement économique de la rente tel qu'interprété par la Cour de cassation les empêche dorénavant de solliciter le remboursement de la part de la rente qui correspondait jusque là au déficit fonctionnel permanent, ce qui représente pour la branche une perte **évaluée à 70 M€ pour 2023** ;

- Le **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante** (FIVA) pouvait également déduire de sa propre rente indemnisant le préjudice fonctionnel la rente AT-MP. Cette déduction n'est désormais plus possible, ce qui représente un coût de **37M€ pour 2023 et avec un coût annuel estimé à 45M€ sur la base de l'exercice 2022** à la charge de la branche ATMP dont la dotation finance à 80% le FIVA. La mesure a également vocation, une fois entrée en vigueur, à permettre au fonds de déduire de nouveau la part fonctionnelle de la rente AT-MP de sa propre rente, induisant ainsi une économie pour la branche AT-MP au travers de sa dotation au profit du FIVA votée en LFSS ;

- Les **employeurs reconnus responsables** d'une faute inexcusable portent seuls la charge financière du préjudice non économique correspondant au déficit fonctionnel permanent. Une estimation basse de ce coût annuel est de **118 M€ environ** (coût du seul préjudice du déficit fonctionnel permanent évalué sur la base des actions en faute inexcusable de l'employeur jugées en 2022). Toutefois, ce coût augmentera si les procédures en faute inexcusable se multiplient. A noter qu'en 2022, les montants avancés par la CNAM au titre de la FIE ont été de plus de 180 M€ et 26 M€ n'ont pas été recouvrés par les services (notamment dû à des procédures collectives ou à la disparition d'entreprises à la suite de la condamnation).

c) Autres options possibles

Une première option aurait consisté à ne pas modifier la législation actuelle. Elle aurait toutefois conduit à écarter les préjudices fonctionnels de l'indemnisation, pourtant couverts dans la réparation jusqu'au revirement de jurisprudence de la Cour de cassation, et aurait entraîné une forte augmentation des dépenses tant des employeurs que de la branche AT-MP. Par ailleurs, elle aurait également pu conduire à diminuer le montant des rentes, estimant qu'elles ne couvrent désormais que le préjudice économique.

Une seconde option aurait consisté à se limiter à préciser l'actuelle définition donnée de la rente par l'article L 434-2 afin d'y intégrer la notion de déficit fonctionnel permanent sans en changer pour autant les modalités de calcul. Toutefois, une telle évolution aurait vidé de sens la volonté des partenaires sociaux exprimée par l'ANI d'améliorer la réparation tout en affirmant le caractère dual de la rente et ne répondrait pas à la demande faite par la Cour de cassation d'améliorer la réparation des victimes.

Par ailleurs, cette mesure pourra s'accompagner de travaux visant à améliorer l'indemnisation des assurés au titre de la réparation des ATMP, notamment portant sur l'accès à la prestation complémentaire pour recours à la tierce personne, de nature règlementaire, comme l'évoquent les partenaires sociaux dans l'ANI de la branche ATMP.

[1] Le barème Mornet est un recueil méthodologique à destination des magistrats de l'ordre judiciaire ayant vocation à faciliter le traitement du contentieux de la réparation du dommage corporel.

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

La branche ATMP finance l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Les mesures proposées augmentent les dépenses de la branche en améliorant l'indemnisation du préjudice subi.

La mesure ayant un effet sur les dépenses de la branche ATMP du régime général, ainsi que sur celles du régime agricole et des régimes spéciaux, elle a sa place en LFSS conformément aux dispositions du 1° de l'article LO 111-3-8 dans la version de la loi organique en vigueur à compter du 1er septembre 2022.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

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.

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 de l'Union européenne (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) ?

Dans son arrêt *Saumier contre France* (CEDH, 12 janvier 2017, n° 74734/14, *Saumier contre France*), la CEDH a admis le principe d'une réparation forfaitaire majorée en cas de faute inexcusable de l'employeur. Pour la CEDH, la différence de niveau d'indemnisation atteignable par un blessé ou un malade selon que son état provient d'une faute de son employeur ou de celle d'un tiers ne constitue pas une violation du droit européen. En effet, la CEDH a jugé que pour ce qui est spécifiquement de la réparation du préjudice du salarié à raison de la faute inexcusable de l'employeur, il faut relever qu'elle vient en complément de dédommagements automatiquement perçus par le premier, ce qui singularise sa situation par rapport à la situation de droit commun. Ainsi, la situation du salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'est pas la même que celle d'une personne victime d'un dommage qui se produit dans un autre contexte.

La présente mesure, tout comme le droit actuel, est donc compatible avec la décision de la CEDH susmentionnée.

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

a) Possibilité de codification

Le texte sera codifié dans le 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	*Applicable*
Mayotte	*Applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Afin d'améliorer la réparation des victimes d'AT-MP en droit commun tout en clarifiant la dualité de la rente perçue au titre du livre IV et en définissant la part du préjudice fonctionnel couvert à ce titre de celle à la seule charge des employeurs reconnus responsables d'une faute inexcusable, le coût total capitalisé de la mesure est estimé à 250 M€. Le coût final dépendra des paramètres définitifs retenus par voie règlementaire.

Ce montant correspond au coût total théorique capitalisé de la mesure : la charge actuarielle moyenne d'une rente viagère est prise en compte pour chiffrer la mesure avec une montée en charge progressive.

Pour 2022, les dépenses constatées au titre des rentes AT-MP sont de 2,1Mds €. La rente couvrira le préjudice économique et, partiellement, le préjudice fonctionnel. Ainsi, à échelle d'un bénéficiaire reconnu victime d'une faute inexcusable de son employeur, 50% du montant total du DFP sera couvert par la rente et donc 50% sera à la seule charge de l'employeur reconnu fautif à ce titre.

Sur la base d'un scénario à 250 M€ (qui sera lissé sur près de 30 ans puisque les rentes ATMP sont viagères), avec une prise en charge à 50% du DFP par la rente AT-MP, et en se basant sur le niveau des rentes et le profil des rentiers pour les années 2017 à 2021, le coût annuel pour la branche serait de environ 11M€ au bénéfice des rentiers (coût par an sans prendre en compte les décès en cours d'année). C'est pourquoi, il est estimé un coût progressif d'nviron 10M€ dès 2025 (après publication des textes d'application et adaptation du système SI), puis de 20€ en 2026 jusqu'à environ 50M€ en 2029.

Compte tenu des textes d'application à prendre, l'impact financier de la mesure ne serait effectif qu'à partir de 2025 sous réserve des dépenses liés aux développements informatiques que la CNAM devra conduire pour rendre opérationnelle les nouvelles mesures.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie					
- ATMP			En dépenses : 10 M € ; En recettes :35 M € pour RCT	En dépenses : 20M € ; En recettes : 50 M € pour RCT	En dépenses : 30 M € ; En recettes : 70 M € pour RCT
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation conduit, en l'absence de modification législative, à une augmentation très importante du coût financier reposant sur les employeurs en cas de faute inexcusable de l'employeur, au risque de provoquer des faillites pour les petites et moyennes entreprises. Le coût du seul préjudice du déficit fonctionnel permanent est évalué, sur la base des actions en faute inexcusable de l'employeur jugées en 2022, à 118 M€.

La mesure proposée permet de partager ce coût entre la branche ATMP et les employeurs et ainsi de limiter l'impact du revirement de la Cour de cassation à la charge des employeurs en cas de faute inexcusable de l'employeur tout en améliorant les modalités de couverture des assurés du régime général en cas d'accident du travail et maladie professionnelle.

b) Impacts sociaux

La mesure vise à clarifier le périmètre de la rente ATMP tout en améliorant les modalités de couverture pour une grande majorité des assurés du régime général en cas d'accident du travail et maladie professionnelle. Une vigilance sera accordée afin de limiter en nombre et en volume les catégories de perdants découlant des paramètres qui seront retenus.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Les victimes d'accident du travail peuvent connaître une situation de handicap. Aussi, l'amélioration de la rente aura un effet positif pour ces victimes.

c) Impacts sur l'environnement

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

La mesure permettra une amélioration du niveau de la rente ATMP pour une grande majorité des victimes d'incapacité permanente.

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

La mesure modifie les règles de calcul de la rente ATMP et emporte une évolution du système d'information de la CNAM sur ce périmètre.

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 des organismes de sécurité sociale. Elle nécessitera toutefois des évolutions SI.

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.

Deux textes d'application sont nécessaires :

- Un décret en conseil d'Etat portant sur les règles et la détermination du montant de salaire minimum et du taux d'incapacité de la part correspondant à la perte de gains professionnels et à l'incidence professionnelle de l'incapacité au L.434-2
- Un arrêté des ministres chargés du travail et de la santé portant sur la fraction et le barème de la part correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime au L.434-2 ;

La publication de ces textes d'application est prévue au plus tard le 31 décembre 2024. Les partenaires sociaux et notamment la commission AT-MP seront associés aux discussions sur ces textes d'application.

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

Le délai d'entrée en vigueur proposé doit permettre la publication des textes d'application et la pleine association des partenaires sociaux à l'élaboration de ces derniers.

Une information des assurés sera assurée par les sites internet des régimes.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés par la CNAM de ces informations.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en oeuvre sera effectué statistiquement par la CNAM (direction des risques professionnels).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 4.34-2 avant modification	Article L. 434-2après modification
Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente. Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales. Les victimes titulaires d'une rente sont informées, selon des modalités prévues par décret, des dispositions prévues à l'article L. 351-1-4 avant un âge fixé par décret.	**I.** Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif **d'incapacité**. Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente **forfaitaire composée de deux parts :** **1° Une part, dite professionnelle, correspondant à la perte de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité. Elle est égale au salaire annuel modulé, multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. Le salaire annuel modulé est égal à une fraction du salaire annuel de la victime ou du salaire annuel minimum mentionné à l'article L. 434-16, dégressive en fonction du niveau de ce salaire. Le taux d'incapacité peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité des lésions et de l'atteinte portée aux perspectives de la victime sur le marché du travail.** **2° Une part, dite fonctionnelle, correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime. Elle est égale à une fraction du taux d'incapacité multipliée par une valeur de point d'incapacité fixée par un barème qui tient compte de l'âge de la victime.** **Les règles de modulation du salaire annuel et du taux d'incapacité mentionnées au 1° sont fixées par décret en Conseil d'Etat. La fraction et le barème mentionnés au 2° sont fixés par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé.** **II.** La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la

	rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente. Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales. Les victimes titulaires d'une rente sont informées, selon des modalités prévues par décret, des dispositions prévues à l'article L. 351-1-4 avant un âge fixé par décret.
Article L434-15 avant modification	**Article L434-15 (abrogé)**
Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime. Le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.	~~*Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime.*~~ ~~*Le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.*~~
Article L434-16 avant modification	**Article L434-16 après modification**
La rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 compte tenu des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2. Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant. Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.	La rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 compte tenu des dispositions du **septième** alinéa de l'article L. 434-2. Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire ~~*réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant*~~ **modulé en application du troisième alinéa de l'article L.434-2.** ~~*Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.*~~
Article L434-17 avant modification	**Article L.434-17 après modification**
Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficent mentionné à l'article L. 161-25.	Les rentes ~~*mentionnées à l'article L. 434-15*~~ **dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit** sont revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficent mentionné à l'article L. 161-25.

Article L452-2 avant modification	Article L452-2 après modification
Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre. Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité. Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale. En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit. Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17. La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret.	Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre. Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité. **Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, la part professionnelle et la part fonctionnelle mentionnées respectivement aux 1° et 2° du I de l'article L. 434-2 sont majorées. Le montant de la majoration de la part professionnelle est fixé de telle sorte que la part professionnelle de la rente majorée ne puisse excéder la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, ou, dans le cas d'incapacité totale, le montant de ce salaire. Le montant de la majoration de la part fonctionnelle est fixé de telle sorte que la part fonctionnelle de la rente majorée ne puisse excéder le produit du taux d'incapacité par la valeur de point d'incapacité fixée par le barème mentionné au 2° du I de l'article L.434-2.** En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit. Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17. La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret.
Article L452-3 avant modification	**Article L452-3 après modification**
Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.	Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées **avant la consolidation,** de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.

De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée. La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.	De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée. La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

Article 40 – Adapter la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

D'une part, **le régime de retraite mahorais** est distinct du régime général[1] et dispose de règles qui lui sont propres pour tenir compte des spécificités socio-économiques de ce territoire, dont la départementalisation est récente. Il se situe néanmoins sur une trajectoire de convergence avec le régime général :

- la durée d'assurance requise (DAR)[2] converge à un rythme de deux trimestres par génération et atteindra 172 trimestres pour la génération née en 1973 ;
- l'âge d'ouverture des droits (AOD) a achevé sa convergence à un rythme de quatre mois par génération pour atteindre 62 ans pour la génération née en 1961.

D'autre part, à **Saint-Pierre-et-Miquelon (SPM)**, les modifications apportées par la LFRSS pour 2023 rendent inopérant le renvoi à l'AOD prévu pour le régime général par le code de la sécurité sociale. En effet, la rédaction de l'article L. 161-17-2 a fortement évoluer suite à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 14 avril 2023. Dès lors, les dispositions d'adaptation, qui prévoient une convergence du régime de Saint-Pierre-et-Miquelon sur la métropole, n'ont plus de sens, ce qui conduit à appliquer l'article L. 161-17-2 sans adaptation.

Il convient donc de préserver la trajectoire de convergence vers le régime général qui est actuellement en cours.

b) Mesure proposée

Dispositions relatives à Mayotte

Compte tenu de l'augmentation de l'AOD de quatre mois entre les générations nées en 1960 et en 1961, il est proposé de différer l'augmentation supplémentaire qui s'appliquerait dès le 1er septembre 2023 pour les assurés nés à compter du 1er septembre 1961. Afin que la convergence se poursuive au-delà, il est proposé d'appliquer la montée en charge de l'AOD sur le même rythme que pour la métropole mais avec un différé d'une année, correspondant à une génération. Ainsi, l'augmentation de l'AOD à Mayotte concernera les générations nées de 1962 à 1969, au lieu de celles nées de 1961 à 1968. Cette mesure de décalage présente un coût 0,5 M€ en 2024 par rapport à une application de la réforme sans ajustement.

En cohérence, il est également nécessaire de prévoir le maintien de l'âge d'annulation de la décote à 67 ans et l'âge de départ anticipé pour invalidité à 62 ans.

Le calendrier d'augmentation de l'AOD débutera donc à partir du 1er janvier 2024.

Dispositions relatives à Saint Pierre-et-Miquelon

Aussi, la mesure proposée consiste-t-elle à adapter la montée en charge de l'AOD prévue au régime général pour l'appliquer aux assurés nés à compter du 1er janvier 1963 à l'issue de l'actuelle montée en charge vers 62 ans. La montée en charge de 62 à 64 ans est donc décalée de deux générations.

Aucune adaptation n'est nécessaire pour les âges de taux plein et de départ en retraite pour inaptitude.

Le calendrier d'augmentation de l'AOD débutera donc à partir du 1er janvier 2025.

La mesure étend également à Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions relatives à l'assurance-vieillesse des aidants (AVA), créée par la LFRSS pour 2023. L'entrée en vigueur de cette mesure est prévue au 1er janvier 2024, en cohérence avec la date de mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), qui comptent parmi les prestations ouvrant droit à l'AVA, sur ce territoire. Le financement de l'AVA sera également assuré par la CNSA, à l'exception des affiliations au titre de l'allocation journalière de présence parentale qui seront à la charge exclusive de la caisse de prévoyance sociale.

c) Autres options possibles

Deux options ont été écartées :

---

1 Ordonnance n° 2011-1923 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte et décret n°2003-589 du 1er juillet 2003 portant application des dispositions du titre II (Assurance vieillesse) et du chapitre Ier du titre VI (Allocation spéciale pour les personnes âgées) de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

2 Article 6 et 12 de l'ordonnance et article 9 du décret susmentionnés.

- La première option aurait consisté à ne prévoir aucune montée en charge de l'AOD dans ces régimes, ce qui aurait pour conséquence de fragiliser l'équilibre de ces régimes, de rompre la démarche de convergence et de créer une inéquité entre ces territoires et le reste du territoire national.
- Le seconde aurait été d'aligner la montée en charge sur la métropole pour Mayotte et d'accélérer la convergence à Saint-Pierre-et-Miquelon, pour achever la convergence pour la génération 1968. Cette solution n'a pas été retenue car jugée trop rapide pour les assurés.

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

Les dispositions d'adaptation à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon sont respectivement incluses dans une ordonnance et une loi. Une disposition législative est ainsi nécessaire. Son impact sur les dépenses des régimes mahorais et de Saint-Pierre-et-Miquelon justifie sa place en LFSS sur le fondement b) du 1° de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Conformément à l'article 1er de la loi du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont désormais rendus sur le texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement au Parlement et les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale

Le conseil territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon devra être saisi conformément à l'article LO. 6413-3 du code général des collectivités territoriales.

La saisine du conseil départemental de Mayotte n'est pas nécessaire s'agissant d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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.

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 de l'Union européenne (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 au sujet de la mesure. De manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La mesure implique une modification de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon et de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte. Aucune codification n'est nécessaire.

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 applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure non applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le montant des pensions versées s'élevant à 26,63 M€ à Mayotte en 2020 et 11,9 M€ à Saint-Pierre-et-Miquelon en 2020, l'impact de cette mesure sur la trajectoire de la branche vieillesse peut être regardé comme négligeable. L'enjeu de l'ensemble des mesures sur les deux territoires est évalué à environ 1 M€ en 2027.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS		-0,5	-0,6	-0,7	-0,8
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse		-0,5	-0,6	-0,7	-0,8
- Autonomie		<-0,1	<-0,1	<-0,1	<-0,1
(Autre : État, 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

c) Cette mesure décale de manière progressive l'âge de départ en retraite à Saint Pierre et Miquelon et Mayotte. Elle étend l'assurance vieillesse des aidants (AVA) créée par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 à Saint Pierre et Miquelon.

- ***Impacts sur les jeunes***

Sans objet.

- ***Impacts sur les personnes en situation de handicap***

L'âge de départ en retraite pour inaptitude est maintenu à 62 ans à Mayotte.

La mise en place de l'AVA à Saint Pierre et Miquelon permettra aux aidants de personnes en situation de handicap de mieux identifier leurs droits, mais aussi de bénéficier d'améliorations de ceux-ci.

d) impacts sur l'environnement

Sans objet.

e) 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, etc.)

Cette mesure nécessite peu d'adaptations des procédures ou des systèmes d'information des caisses.

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

Cette mesure trouve à s'appliquer à budget constant dans les organismes de retraite concernés. Elle ne nécessite pas de ressources humaines supplémentaires.

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°2003-589 du 1 juillet 2003 portant application des dispositions du titre II (Assurance vieillesse) et du chapitre Ier du titre VI (Allocation spéciale pour les personnes âgées) de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte (notamment l'article 2 pour l'AOD) devra être modifié.

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 montée en charge prendrait effet à partir du 1er janvier 2024 à Mayotte et à partir du 1er janvier 2025 à Saint-Pierre-et-Miquelon. S'agissant de l'AVA, cette prestation sera étendue à Saint-Pierre-et-Miquelon à compter du 1er janvier 2024.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes de retraite concernés (CSSM et CSP) communiqueront sur leur site en ligne sur la mesure.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en place de la mesure sera opéré par la direction de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon avant modification	Article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon après modification
Les assurances vieillesse et veuvage du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont régies par : 1° Les dispositions de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes : *a)* Les articles L. 161-17 et L. 161-17-1 ne sont pas applicables ; *b)* L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié : -les mots : " 1er janvier 1955 " sont remplacés par les mots : " 1er janvier 1962 " ; -les mots : " 1er juillet 1951 " sont remplacés par les mots : " 1er janvier 1958 " ; -les mots : " 31 décembre 1951 " sont remplacés par les mots : " 31 décembre 1958 " ; -les mots : " 31 décembre 1954 " sont remplacés par les mots : " 31 décembre 1961 " ; -les mots : " 1er janvier 1952 " sont remplacés par les mots : " 1er janvier 1959 " ; *c)* La durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite au taux plein mentionnée à l'article L. 161-17-3 est fixée à : 150 trimestres pour les assurés nés avant le 1er janvier 1956 ; 152 trimestres pour les assurés nés en 1956 ; 154 trimestres pour les assurés nés en 1957 ; 156 trimestres pour les assurés nés en 1958 ; 158 trimestres pour les assurés nés en 1959 ; 160 trimestres pour les assurés nés en 1960 ; 162 trimestres pour les assurés nés en 1961 ; 164 trimestres pour les assurés nés en 1962 ; 166 trimestres pour les assurés nés en 1963 ; 167 trimestres pour les assurés nés en 1964 ; 168 trimestres pour les assurés nés en 1965 ; 169 trimestres pour les assurés nés en 1966 ; 170 trimestres pour les assurés nés entre le 1er janvier 1967 et le 31 décembre 1969 inclus ; 171 trimestres pour les assurés nés entre le 1er janvier 1970 et le 31 décembre 1972 inclus ; 172 trimestres pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1973 ; *d)* A l'article L. 161-18, les mots : " le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " sont insérés avant les mots : " un régime d'assurance vieillesse de salariés " ;	Les assurances vieillesse et veuvage du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont régies par : 1° Les dispositions de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes : *a)* Les articles L. 161-17 et L. 161-17-1 ne sont pas applicables ; **b) L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :** **-les mots : "1er janvier 1968" sont remplacés par les mots : "1er janvier 1970" ;** **-les mots : "1er septembre 1961" sont remplacés par les mots : "1er janvier 1963" ;** **-les mots : "31 décembre 1967" sont remplacés par les mots : "31 décembre 1969" ;** ~~*b) L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :*~~ ~~*-les mots : " 1er janvier 1955 " sont remplacés par les mots : " 1er janvier 1962 " ;*~~ ~~*-les mots : " 1er juillet 1951 " sont remplacés par les mots : " 1er janvier 1958 " ;*~~ ~~*-les mots : " 31 décembre 1951 " sont remplacés par les mots : " 31 décembre 1958 " ;*~~ ~~*-les mots : " 31 décembre 1954 " sont remplacés par les mots : " 31 décembre 1961 " ;*~~ ~~*-les mots : " 1er janvier 1952 " sont remplacés par les mots : " 1er janvier 1959 " ;*~~ *c)* La durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite au taux plein mentionnée à l'article L. 161-17-3 est fixée à : 150 trimestres pour les assurés nés avant le 1er janvier 1956 ; 152 trimestres pour les assurés nés en 1956 ; 154 trimestres pour les assurés nés en 1957 ; 156 trimestres pour les assurés nés en 1958 ; 158 trimestres pour les assurés nés en 1959 ; 160 trimestres pour les assurés nés en 1960 ; 162 trimestres pour les assurés nés en 1961 ; 164 trimestres pour les assurés nés en 1962 ; 166 trimestres pour les assurés nés en 1963 ; 167 trimestres pour les assurés nés en 1964 ; 168 trimestres pour les assurés nés en 1965 ; 169 trimestres pour les assurés nés en 1966 ; 170 trimestres pour les assurés nés entre le 1er janvier 1967 et le 31 décembre 1969 inclus ; 171 trimestres pour les assurés nés entre le 1er janvier 1970 et le 31 décembre 1972 inclus; 172 trimestres pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1973 ; *d)* A l'article L. 161-18, les mots : " le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " sont insérés avant les mots : " un régime d'assurance vieillesse de salariés " ; *e)* A l'article L. 161-22, les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables et les conditions d'âge, de durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes prévues aux cinquième et sixième alinéas sont applicables sous réserve des dispositions du b et du c du présent 1° ; *f)* A l'article L. 161-23-1, les mots : " régime général et les régimes alignés sur lui " sont remplacés par les mots :

e) A l'article L. 161-22, les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables et les conditions d'âge, de durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes prévues aux cinquième et sixième alinéas sont applicables sous réserve des dispositions du b et du c du présent 1° ;

f) A l'article L. 161-23-1, les mots : " régime général et les régimes alignés sur lui " sont remplacés par les mots : " régime général, les régimes alignés sur lui et le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

g) Par dérogation à l'article L. 161-23-1, lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est supérieur à celui constaté en métropole pour la même année, il est procédé, l'année suivante, à une revalorisation complémentaire du revenu professionnel annuel servant de base au calcul des pensions et des pensions déjà liquidées, dont le taux est égal à la différence entre les deux taux précités. Toutefois, lorsque le taux ainsi calculé est inférieur à un seuil déterminé, cette revalorisation complémentaire n'est pas appliquée au titre de l'année en cause. Elle est alors prise en compte pour le calcul du taux de l'année suivante.

Lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est inférieur à celui constaté en métropole pour la même année, l'ajustement à opérer au titre de cette année vient en diminution de la revalorisation complémentaire due au titre de l'année suivante en application de l'alinéa précédent.

Les modalités d'application des deux alinéas précédents sont fixées par décret.

Le taux de la revalorisation complémentaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer ;

2° Les dispositions du chapitre III du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes :

a) Au premier alinéa de l'article L. 173-1, les mots : " régime général " sont remplacés par les mots : " régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

b) Au premier alinéa de l'article L. 173-2, avant les mots : " et au 2° de l'article L. 611-1 ", sont insérés les mots : ", à l'article 1er de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 " ;

3° Les dispositions des chapitres Ier à VI du titre V du livre III du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes :

a) Aux articles L. 351-1, L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-6, L. 351-8, L. 351-10, L. 351-14-1, L. 351-17, L. 353-2, L. 353-4 et L. 356-1, les mots : " régime général " ou " régime général de sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

b) La limite mentionnée aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-6 et au premier alinéa de l'article L. 351-10 correspond à la durée d'assurance définie au c du 1° du présent article ;

c) A l'article L. 351-1, le dernier alinéa n'est pas applicable et les mots : " salaire annuel de base " et " salaire de base " sont remplacés respectivement par les mots : " revenu professionnel annuel de base " et " revenu professionnel de base " ;

d) Les modalités du calcul du revenu professionnel de base tel que défini à l'article L. 351-1 sont applicables pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1962. Pour les assurés nés avant cette date, le revenu annuel moyen correspond

" régime général, les régimes alignés sur lui et le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

g) Par dérogation à l'article L. 161-23-1, lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est supérieur à celui constaté en métropole pour la même année, il est procédé, l'année suivante, à une revalorisation complémentaire du revenu professionnel annuel servant de base au calcul des pensions et des pensions déjà liquidées, dont le taux est égal à la différence entre les deux taux précités. Toutefois, lorsque le taux ainsi calculé est inférieur à un seuil déterminé, cette revalorisation complémentaire n'est pas appliquée au titre de l'année en cause. Elle est alors prise en compte pour le calcul du taux de l'année suivante.

Lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est inférieur à celui constaté en métropole pour la même année, l'ajustement à opérer au titre de cette année vient en diminution de la revalorisation complémentaire due au titre de l'année suivante en application de l'alinéa précédent.

Les modalités d'application des deux alinéas précédents sont fixées par décret.

Le taux de la revalorisation complémentaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer ;

2° Les dispositions du chapitre III du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes :

a) Au premier alinéa de l'article L. 173-1, les mots : " régime général " sont remplacés par les mots : " régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

b) Au premier alinéa de l'article L. 173-2, avant les mots : " et au 2° de l'article L. 611-1 ", sont insérés les mots : ", à l'article 1er de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 " ;

3° Les dispositions des chapitres Ier à VI du titre V du livre III du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes :

a) Aux articles L. 351-1, L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-6, L. 351-8, L. 351-10, L. 351-14-1, L. 351-17, L. 353-2, L. 353-4 et L. 356-1, les mots : " régime général " ou " régime général de sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

b) La limite mentionnée aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-6 et au premier alinéa de l'article L. 351-10 correspond à la durée d'assurance définie au c du 1° du présent article ;

c) A l'article L. 351-1, le dernier alinéa n'est pas applicable et les mots : " salaire annuel de base " et " salaire de base " sont remplacés respectivement par les mots : " revenu professionnel annuel de base " et " revenu professionnel de base " ;

d) Les modalités du calcul du revenu professionnel de base tel que défini à l'article L. 351-1 sont applicables pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1962. Pour les assurés nés avant cette date, le revenu annuel moyen correspond aux cotisations versées pendant le nombre d'années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré :

40 ans pour les assurés nés avant 1956 ;
38 ans pour les assurés nés en 1956 ;
36 ans pour les assurés nés en 1957 ;
34 ans pour les assurés nés en 1958 ;
32 ans pour les assurés nés en 1959 ;
30 ans pour les assurés nés en 1960 ;
28 ans pour les assurés nés en 1961 ;
25 ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1962 ;

e) Pour les salariés relevant des secteurs du tourisme-hôtellerie-restauration, de la pêche, de l'aquaculture et de l'agriculture, ainsi que du bâtiment et des travaux publics, les allocations de chômage servies à la suite d'une

aux cotisations versées pendant le nombre d'années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré :

40 ans pour les assurés nés avant 1956 ;

38 ans pour les assurés nés en 1956 ;

36 ans pour les assurés nés en 1957 ;

34 ans pour les assurés nés en 1958 ;

32 ans pour les assurés nés en 1959 ;

30 ans pour les assurés nés en 1960 ;

28 ans pour les assurés nés en 1961 ;

25 ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1962 ;

e) Pour les salariés relevant des secteurs du tourisme-hôtellerie-restauration, de la pêche, de l'aquaculture et de l'agriculture, ainsi que du bâtiment et des travaux publics, les allocations de chômage servies à la suite d'une interruption d'activité survenant chaque année aux mêmes périodes sont prises en compte dans le revenu professionnel annuel de base servant au calcul de la pension ;

f) Pour les périodes d'activité comprises entre le 1er mai 1960 et le 31 juillet 1987, les revenus professionnels annuels pris en compte pour le calcul du revenu professionnel de base, en application du quatrième alinéa de l'article L. 351-1, correspondent à un montant forfaitaire fixé par décret ;

g) Pour le calcul de la durée d'assurance afférente aux périodes d'activité comprises entre le 1er mai 1960 et le 31 juillet 1987, il est retenu, pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 351-1, autant de trimestres d'assurance que l'assuré justifie de fois un montant de cotisations calculé sur la base de 173,33 heures de travail, dans la limite de quatre trimestres par année civile ;

h) L'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 est fixé à 65 ans, d'une part, pour les assurés qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 du même code et, d'autre part, pour les assurés qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ;

i) La limite mentionnée au premier alinéa de l'article L. 351-1-2 correspond à la durée d'assurance définie au c du 1° du présent article ;

j) L'article L. 351-1-4 n'est pas applicable ;

k) L'article L. 351-3 est ainsi modifié :

-au 1°, les mots : " 1er juillet 1930 " sont remplacés par les mots : " 1er mai 1960 " ;

-au 3°, après les mots : " s'est trouvé, " sont insérés les mots : " depuis le 1er septembre 1980 et " ;

-le 5° ne s'applique pas ;

l) A l'article L. 351-4, les mots : " caisse d'assurance vieillesse compétente " sont remplacés par les mots : " Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

m) Au 4° de l'article L. 351-8, les mots : " dans le régime général, ou dans ce régime et celui des salariés agricoles " sont remplacés par les mots : " dans le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

interruption d'activité survenant chaque année aux mêmes périodes sont prises en compte dans le revenu professionnel annuel de base servant au calcul de la pension ;

f) Pour les périodes d'activité comprises entre le 1er mai 1960 et le 31 juillet 1987, les revenus professionnels annuels pris en compte pour le calcul du revenu professionnel de base, en application du quatrième alinéa de l'article L. 351-1, correspondent à un montant forfaitaire fixé par décret ;

g) Pour le calcul de la durée d'assurance afférente aux périodes d'activité comprises entre le 1er mai 1960 et le 31 juillet 1987, il est retenu, pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 351-1, autant de trimestres d'assurance que l'assuré justifie de fois un montant de cotisations calculé sur la base de 173,33 heures de travail, dans la limite de quatre trimestres par année civile ;

h) L'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 est fixé à 65 ans, d'une part, pour les assurés qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 du même code et, d'autre part, pour les assurés qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ;

i) La limite mentionnée au premier alinéa de l'article L. 351-1-2 correspond à la durée d'assurance définie au c du 1° du présent article ;

j) L'article L. 351-1-4 n'est pas applicable ;

k) L'article L. 351-3 est ainsi modifié :

-au 1°, les mots : " 1er juillet 1930 " sont remplacés par les mots : " 1er mai 1960 " ;

-au 3°, après les mots : " s'est trouvé, " sont insérés les mots : " depuis le 1er septembre 1980 et " ;

-le 5° ne s'applique pas ;

l) A l'article L. 351-4, les mots : " caisse d'assurance vieillesse compétente " sont remplacés par les mots : " Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

m) Au 4° de l'article L. 351-8, les mots : " dans le régime général, ou dans ce régime et celui des salariés agricoles " sont remplacés par les mots : " dans le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

n) L'article L. 351-14 et le III de l'article L. 351-14-1 ne sont pas applicables ;

o) Au cinquième alinéa du I de l'article L. 351-15, avant les mots : " et le régime des non-salariés agricoles ", sont insérés les mots : ", le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

o bis) Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : “ gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres Ier à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ” sont remplacés par les mots : “ mentionnées à l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ou sur les prestations mentionnée au titre II du livre VIII du présent code, au titre IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, aux articles 11,12-1 et 13-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée ” ;

p) Au cinquième alinéa de l'article L. 356-1, les mots : " le chapitre II du titre IV du livre VII " sont remplacés par les mots : " aux troisième et quatrième alinéas de l'article 3 de la présente loi " ;

4° Les dispositions du 2° du V et du VI de l'article 31 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, sous réserve des adaptations suivantes :

n) L'article L. 351-14 et le III de l'article L. 351-14-1 ne sont pas applicables ; *o)* Au cinquième alinéa du I de l'article L. 351-15, avant les mots : " et le régime des non-salariés agricoles ", sont insérés les mots : ", le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ; *o* bis*)* Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : " gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres Ier à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation " sont remplacés par les mots : " mentionnées à l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ou sur les prestations mentionnée au titre II du livre VIII du présent code, au titre IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, aux articles 11,12-1 et 13-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée " ; *p)* Au cinquième alinéa de l'article L. 356-1, les mots : " le chapitre II du titre IV du livre VII " sont remplacés par les mots : " aux troisième et quatrième alinéas de l'article 3 de la présente loi " ; 4° Les dispositions du 2° du V et du VI de l'article 31 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, sous réserve des adaptations suivantes : *a)* Les dispositions du 2° du V s'appliquent aux titulaires de pensions de réversion dont la date d'effet est antérieure au 1er juillet 2016 ; *b)* Les dispositions du VI s'appliquent aux titulaires de pensions de réversion dont la date d'effet est postérieure au 1er juillet 2016.	*a)* Les dispositions du 2° du V s'appliquent aux titulaires de pensions de réversion dont la date d'effet est antérieure au 1er juillet 2016 ; *b)* Les dispositions du VI s'appliquent aux titulaires de pensions de réversion dont la date d'effet est postérieure au 1er juillet 2016.
Titre III de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	**Titre III de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon**
TITRE III : Bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant-Personnes qui ont la charge d'un enfant handicapé ou d'un handicapé adulte (Article 6) Article 6 Les premier et deuxième alinéas de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon dans les conditions prévues au même article L. 381-1. Les dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes résidant sur le territoire de Saint-Pierre-et-Miquelon.	TITRE III **:** ~~*Bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant-Personnes qui ont la charge d'un enfant handicapé ou d'un handicapé adulte (Article 6)*~~ **Bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant - Parents d'enfants malades ou en situation de handicap - Aidants de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie (Articles 6 et 6-1)** Article 6 ~~*Les premier et deuxième alinéas de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon dans les conditions prévues au même article L. 381-1.*~~ ~~*Les dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes résidant sur le territoire de Saint-Pierre-et-Miquelon.*~~ **Les deux premiers alinéas de l'article L.381-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes :** **1° Au premier alinéa, les mots « du complément familial, de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou » sont supprimés et les mots « à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots « au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon » ;**

	2° Au deuxième alinéa, les mots « à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots « au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon » ; Article 6-1 (nouveau) **L'article L.381-2 du code de la sécurité sociale est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sous réserve des adaptations suivantes :** **1° Au premier alinéa, les mots « à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots « au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon » ;** **2° Au deuxième alinéa, les mots « à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots « au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon » ;** **3° La première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée « La personne mentionnée à l'article L. 374-5 du code rural et de la pêche maritime ou le travailleur non salarié affilié à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie définis par le décret pris en application de l'article L. 3142-24 du même code est affilié obligatoirement au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. » ;** **4° Au quatrième alinéa, les mots « à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots « au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon » ;** **5° Au cinquième alinéa, les mots « à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots « au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ».** **6° Au neuvième alinéa les mots : « des organismes débiteurs des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « de la caisse de prévoyance sociale », les mots : « Caisse nationale des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « caisse de prévoyance sociale » et les mots : « par les organismes débiteurs des prestations familiales » sont supprimés.**
Article 20-8-5 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 avant modification	**Article 20-8-5 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 après modification**
La pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu à l'article 6 de l'ordonnance du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte. Elle est remplacée à partir de cet âge par la pension de retraite allouée en cas d'inaptitude au travail, prévue à l'article 10 de ladite ordonnance.	La pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu à l'~~article 6 de l'ordonnance~~ **article 10 de l'ordonnance** du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte. Elle est remplacée à partir de cet âge par la pension de retraite allouée en cas d'inaptitude au travail, prévue à ~~l'article 10 de ladite ordonnance~~ **ce même article.**
Article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 avant modification	**Article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 après modification**
Le régime de retraite garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1961 et qui justifie d'une durée minimale d'assurance. Cet âge est fixé par décret, de manière croissante par génération et dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa du présent article, pour les assurés nés avant le 1er janvier 1961.	Le régime de retraite garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, pour les assurés nés ~~à compter du 1er janvier 1961~~ **à compter du 1er janvier 1969** et qui justifie d'une durée minimale d'assurance. Cet âge est fixé par décret, de manière croissante par génération et dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa du présent article, ~~pour les assurés nés avant le 1er janvier 1961~~ **pour les assurés nés entre le 1er janvier 1962 et le 31 décembre 1968 .**

A partir de l'âge prévu à l'alinéa précédent augmenté de cinq années, si l'assuré a accompli dans le régime une durée d'assurance inférieure à la limite mentionnée au premier alinéa mais justifie d'une durée d'assurance supérieure à un minimum, la pension servie est d'abord calculée sur la base de cette durée, puis réduite compte tenu de la durée réelle d'assurance.	A partir de l'âge prévu ~~*à l'alinéa précédent augmenté de cinq années*~~ **au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale,** si l'assuré a accompli dans le régime une durée d'assurance inférieure à la limite mentionnée au premier alinéa mais justifie d'une durée d'assurance supérieure à un minimum, la pension servie est d'abord calculée sur la base de cette durée, puis réduite compte tenu de la durée réelle d'assurance.
Article 10 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 avant modification	**Article 10 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 après modification**
L'assuré reconnu inapte au travail bénéficie d'une pension de retraite à partir d'un âge prévu au premier alinéa de l'article 6 quelle que soit sa durée d'assurance.	L'assuré reconnu inapte au travail bénéficie d'une pension de retraite à partir ~~*d'un âge prévu au premier alinéa de l'article 6*~~ **de l'âge prévu à l'article L. 351-1-5 du code de la sécurité sociale** quelle que soit sa durée d'assurance.
Article 11-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 avant modification	**Article 11-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 après modification**
La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge. Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6.	La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu ~~*au premier alinéa de l'article 6*~~ **à l'article 10**, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge. Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé exerce une activité professionnelle à l'âge prévu ~~*au premier alinéa de l'article 6*~~ **à l'article 10.**

Génération X-Book
27 septembre 2023