

ASSEMBLÉE NATIONALE

27 novembre 2025

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 - (N° 2141)

RETIRÉ AVANT DISCUSSION

N° AS479

AMENDEMENT

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE 31

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

« 1° Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Tout établissement, service ou organisme, ou tout autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins doit mettre en place les mesures matérielles, organisationnelles et d'information des professionnels exerçant en son sein, définies par décret en Conseil d'État, permettant le respect par ces derniers des obligations de report dans le dossier médical partagé prévues au premier alinéa du présent article.

« Ils intègrent dans les appels d'offres passés pour l'acquisition, le déploiement ou la mise à niveau d'un service numérique en santé le respect des référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5. » ;

« 2° Après l'article L. 1111-15, sont insérés des articles L. 1111-15-1 à L. 1111-15-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1111-15-1.* – En cas de manquement aux obligations de reporter des éléments dans le dossier médical partagé fixées au premier alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments constatés par l'organisme mentionnés à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, au regard des seuils de report définis par activité par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, prononcer à l'encontre du professionnel de santé, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par an.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements déjà constatés durant une période déterminée imputables au même auteur.

« Si le manquement constaté est imputable à l'éditeur de services numérique en santé, la pénalité n'est pas applicable au professionnel de santé. L'éditeur est passible des sanctions selon les dispositions prévues à l'article L. 1470-6.

« *Art. L. 1111-15-2.* – En cas de manquement à l'obligation de mettre en place les mesures mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un établissement, d'un service, d'un organisme ou d'une autre personne morale, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre d'un établissement, d'un service, d'un organisme ou d'une autre personne morale est fixé à 25 000 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 100 000 euros par an. Il est calculé en fonction du volume d'activité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements déjà constatés durant une période déterminée imputables au même auteur.

« Si le manquement constaté est imputable à l'éditeur de services numérique en santé, la pénalité n'est pas applicable à l'établissement, au service, à l'organisme ou à une autre personne morale. L'éditeur est passible des sanctions prévues selon les dispositions prévues à l'article L. 1470-6.

« *Art. L. 1111-15-3.* – Les pénalités mentionnées aux articles L. 1111-15-1 et L. 1111-15-2 sont recouvrées par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au recouvrement des pénalités. Leur produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

« Les modalités d'application des articles L. 1111-15-1 et L. 1111-15-2 et du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul des pénalités financières. »

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

« 1° L'article L. 162-1-7-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi modifié :

« *a)* Au premier alinéa, les mots : « que celui-ci a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

« *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

« *c)* Au troisième alinéa, les mots : « que le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

« 2° Après l'article L. 162-1-7-5, il est inséré un article L. 162-1-7-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-6.* – Dans le respect des conditions d'accès définies aux articles L. 1111-16 à L. 1111-18 du code de la santé publique, le prescripteur consulte le dossier médical partagé du patient avant la prescription d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient, lorsqu'ils sont particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage. La liste des actes ou produits coûteux concernés est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments constatés par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1, prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un professionnel de santé, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, en cas de manquement à l'obligation de consulter le dossier médical partagé dans les cas mentionnés au premier alinéa du présent article.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par an. »

« La pénalité est recouvrée par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéas du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire. »

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière. »

« III. – Au premier alinéa de l'article 20-5-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-1-7 », est insérée la référence : « L. 162-1-7-6 ».

« IV. – Le I du présent article entre en vigueur dans des conditions et à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} juin 2028.

« Les 2° du II et le III entrent en vigueur dans des conditions et à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} juillet 2028.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le renforcement de l'alimentation du dossier médical partagé (DMP) constitue un levier essentiel pour améliorer la coordination des soins. Le présent amendement rétablit les dispositions examinées en commission des affaires sociales. Il vise donc à prévoir d'une part un régime de sanctions applicable aux établissements et aux professionnels de santé lorsque les obligations d'alimentation ne sont pas respectées, ainsi que les modalités de constatation et de mise en œuvre de ces sanctions. Il introduit d'autre part des sanctions en cas de non-consultation du DMP pour certaines situations

sensibles, notamment les actes ou produits particulièrement coûteux ou exposés à un risque de mésusage.

Par rapport à la version examinée en commission des affaires sociales et afin de garantir l'effectivité de ces obligations, l'amendement impose aux appels d'offres d'intégrer un critère de respect des référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique nationaux. Cette exigence vise à sécuriser la capacité technique des structures à respecter les obligations prévues à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

Toutefois, certaines structures peuvent se trouver en défaut alors même que la cause résulte de la non-conformité, de la non-interopérabilité ou de l'indisponibilité des solutions logicielles fournies par les éditeurs. L'amendement prévoit donc que les sanctions ne sont pas applicables aux professionnels ou aux établissements lorsque le manquement est imputable à un éditeur, lequel pourra, le cas échéant, faire l'objet des sanctions prévues à l'article L1470-6.

Enfin, la généralisation effective des outils d'accès, d'identification et d'interopérabilité – issus notamment des programmes Ségur et Hopen – n'interviendra qu'à partir de 2027. Afin de garantir une mise en œuvre réaliste et équitable, l'amendement décale en conséquence l'entrée en vigueur de l'ensemble de ces obligations et sanctions à l'année 2028.