

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

PLFSS 2022

SOMMAIRE

PLFSS 2022 - Annexe 9

<i>Article 3 – Affiliation des professionnels de santé au titre de la campagne de vaccination et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire</i>	<i>6</i>
<i>Article 4 – Allègement de la taxe vente en gros des spécialités pharmaceutiques</i>	<i>13</i>
<i>Article 5 – Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la LFSS pour 2021</i>	<i>18</i>
<i>Article 6 – Transferts financiers entre branches de sécurité sociale</i>	<i>24</i>
<i>Article 10 – Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale</i>	<i>32</i>
<i>Article 11 – Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne</i>	<i>49</i>
<i>Article 12 – Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire.....</i>	<i>70</i>
<i>Article 13 – Mesures de simplification en faveur des travailleurs indépendants</i>	<i>80</i>
<i>Article 14 – Réforme du régime social du conjoint collaborateur.....</i>	<i>90</i>
<i>Article 15 - Modification du droit de communication dans le cadre des procédures des URSSAF</i>	<i>99</i>
<i>Article 16 – Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé</i>	<i>105</i>
<i>Article 17 – Transferts financiers entre branches et régimes de sécurité sociale</i>	<i>121</i>
<i>Article 24 – Soutenir le développement de la télésurveillance pour renforcer la prise en charge des maladies chroniques.</i>	<i>133</i>
<i>Article 25 – Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé et médico-sociaux.</i>	<i>147</i>
<i>Article 26 – Ajustement de la réforme du financement des urgences et prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers</i>	<i>170</i>
<i>Article 27 – Evolution des activités des hôpitaux des armées.....</i>	<i>180</i>
<i>Article 28 – Isolement et contention</i>	<i>188</i>
<i>Article 29 – Revalorisations salariales dans le secteur médico-social</i>	<i>205</i>
<i>Article 30 – Soutien massif à l'offre des services à domicile de l'autonomie au bénéfice des personnes âgées et handicapées</i>	<i>213</i>
<i>Article 31 – Transformer les EHPAD pour tirer les enseignements de la crise et inventer le modèle de demain</i>	<i>228</i>
<i>Article 32 – mieux piloter la politique d'autonomie par la création d'un système d'information national pour la gestion de l'APA.....</i>	<i>235</i>
<i>Article 33 – Innovation numérique et médicaments.....</i>	<i>242</i>
<i>Article 34 – Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l'inscription de certains dispositifs médicaux.....</i>	<i>267</i>
<i>Article 35 – Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières.....</i>	<i>280</i>
<i>Article 36 – Accès direct au marché remboursé pour certains médicaments dès l'obtention de l'avis de la Haute Autorité de santé.....</i>	<i>288</i>
<i>Article 37 – Recours aux médicaments biosimilaires</i>	<i>293</i>
<i>Article 38 – Tarification des produits de santé et critère industriel.....</i>	<i>303</i>
<i>Article 39 – Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine</i>	<i>308</i>
<i>Article 40 – Amélioration de l'accès à la filière visuelle.....</i>	<i>314</i>
<i>Article 41 – Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes</i>	<i>323</i>
<i>Article 42 – Généralisation d'expérimentations en santé</i>	<i>329</i>

Article 43 – Prolongation de l'expérimentation Halte soins addictions	336
Article 44 – Extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans	342
Article 45 – Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire	351
Article 46 – Prolongation des dispositifs d'assurance maladie relatifs à la crise sanitaire	368
Article 47 – Modernisation de la délivrance des prestations en espèces pour tenir compte des enseignements de la crise sanitaire.....	376
Article 48 – Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles	386
Article 49 – Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires.....	401
Article 50 – Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides	413
Article 51 – Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants affectés par les fermetures administratives.....	424
Article 52 – Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte	430
Article 53 – Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux.....	438

Article 3 – Affiliation des professionnels de santé au titre de la campagne de vaccination et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire

I. Présentation de la mesure

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

I – Affiliation à la sécurité sociale

La campagne de vaccination contre la Covid-19 a nécessité la mobilisation de nombreux professionnels de santé (PS) placés dans des situations très différentes du point de vue de leurs conditions habituelles d'exercice :

- Professionnels exerçant à titre libéral ;
- Professionnels salariés des établissements de rattachement des centres de vaccinations ;
- Professionnels n'exerçant pas à titre libéral ni salariés des établissements de rattachement de ces centres (étudiants, salariés relevant d'établissements différents de celui auquel est rattaché le centre de vaccination, retraités, fonctionnaires, sans profession...).

Pour les professionnels de santé libéraux, les rémunérations perçues dans le cadre de la participation à la campagne de vaccination sont cumulées avec les revenus globaux perçus dans le cadre de leur activité principale, et assujetties selon les règles de droit commun applicables aux travailleurs indépendants.

Les professionnels de santé salariés des établissements de rattachement de vaccination obtiennent un complément à leur rémunération habituelle sans qu'il soit nécessaire de prévoir des modalités particulières d'affiliation et d'assujettissement.

Pour les professionnels de santé non libéraux, il était nécessaire de mettre en place des règles simplifiées d'affiliation et de précompte des cotisations sociales pour les rémunérations perçues au titre de la vaccination. En effet, à défaut, ces personnes devraient :

- soit s'affilier en tant que travailleur indépendant pour déclarer les rémunérations perçues dans ce cadre et acquitter les cotisations et contributions correspondantes, ce qui représente à la fois une charge administrative inutile et une affiliation peu pertinente puisque, n'exerçant par ailleurs aucune activité indépendante et étant le plus souvent déjà affiliées au régime général, ce rattachement complexifierait inutilement la gestion de leur protection sociale.
- soit être salariées dans les conditions de droit commun, ce qui aurait permis le rattachement de cette activité au régime général de sécurité sociale mais n'aurait pas été compatible avec l'organisation des centres de vaccination, qui ne relèvent pas tous de structures capables d'accomplir les formalités nécessaires en ce sens et constituerait en outre un facteur de complexité.

Par conséquent, des dispositions de rattachement spécifique sans pour autant obliger à une relation de travail de droit commun entre les centres et les PS était seule de nature à satisfaire les objectifs.

II – Dérogation aux règles de cumul emploi-retraite

En l'état de la législation, les revenus de retraite et d'activité peuvent être entièrement cumulés lorsque l'assuré a pris sa retraite à taux plein par la durée d'assurance ou par l'âge. Dans le cas contraire, ce cumul est plafonné de manière différente selon les régimes de retraite¹. Par ailleurs, dans les régimes de base des salariés et des agents non-titulaires de la fonction publique, la reprise d'activité après la retraite auprès du dernier employeur est soumise à un délai de carence de six mois à compter de l'entrée en jouissance de la retraite.

La troisième vague de l'épidémie de Covid-19 au cours du premier semestre 2021 et l'augmentation du nombre de personnes hospitalisées ou admises en réanimation a rendu nécessaire le renforcement du personnel hospitalier. Parallèlement, l'intensification de la campagne de vaccination a nécessité de faire appel à des personnels chargés de l'accueil et de l'administration du vaccin dans les centres de vaccination. Le recours aux personnels retraités a enfin également pour objet de compenser la surcharge due aux actes médicaux non liés au Covid-19, mais qui n'ont pas pu être effectués en 2020 en raison de l'épidémie.

Afin de lever tous les freins éventuels à la reprise d'activité, deux lettres interministérielles du 23 mars 2021 et du 9 avril 2021 ont prévu un assouplissement des règles du cumul emploi-retraite plafonné, respectivement pour les personnels hospitaliers et les professionnels de santé libéraux, d'une part, et pour les fonctionnaires retraités de l'État et de la fonction publique territoriale, d'autre part. Une troisième lettre, en date du 15 septembre 2021, a étendu ce dispositif dérogatoire à l'ensemble des professionnels de santé pour la période d'octobre 2020 à décembre 2021.

¹ Ainsi, pour le régime général, le régime des salariés agricoles et les assurés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du CSS, le total des revenus d'activité et des montants de retraites de base et complémentaires est plafonné dans la limite de 160 % du SMIC ou de la moyenne mensuelle des revenus d'activité des trois derniers mois avant la liquidation de la pension, selon l'option la plus favorable à l'assuré (article L. 161-22 du CSS). Dans les régimes de la fonction publique et des marins, le total des pensions et revenus d'activité doit être inférieur à un tiers du montant annuel brut de la pension perçue la même année, majoré de la moitié du minimum garanti annuel (article L. 85 du CPCMR).

Une disposition similaire avait été prise durant le premier état d'urgence sanitaire (article 14 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne). Une intervention du législateur est ainsi nécessaire pour donner un fondement légal à ces règles d'exception. Elle permettra de sécuriser par voie de conséquence les droits à retraite des personnes intéressées.

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

a) Mesure proposée

I – Affiliation à la sécurité sociale

Pour les professionnels de santé rattachés au régime général :

Il a été décidé de rattacher au régime général de la sécurité sociale une partie du personnel vaccinant par une disposition légale non codifiée, à l'instar des collaborateurs occasionnels du service public mentionnés au 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale. Cette mesure ayant été décidée et mise en œuvre en urgence dans le courant de l'année pour répondre à un besoin immédiat, il convient aujourd'hui de sécuriser ce dispositif de rattachement.

Sont concernés par ce dispositif les professionnels non libéraux et non-salariés de l'établissement de rattachement du centre de vaccination. Les rémunérations perçues par les professionnels de santé à l'occasion des vacations réalisées en centres de vaccination depuis le 1^{er} janvier 2021 et qui n'ont pas pu être déclarées au titre d'un autre régime (salaré, indépendant, collaborateur occasionnel du service public) et jusqu'à la fin de la campagne de vaccination pourront être déclarées *via* ce dispositif.

Les revenus versés dans le cadre de cette activité seront soumis aux taux de cotisation de droit commun (s'agissant des cotisations d'assurance vieillesse, la rémunération est soumise aux taux applicables en deçà du plafond).

L'assiette sociale sera constituée des revenus bruts tirés de l'activité au sein du centre de vaccination, après abattement de 60%. Ce taux a été retenu pour des raisons opérationnelles afin de pouvoir mobiliser l'interface déclarative dédiée aux loueurs de meublés non professionnels, adaptée au schéma retenu. Il est analogue aux taux d'abattement pour frais professionnels appliqués pour certaines autres populations professionnelles listées à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale compte tenu des spécificités de leurs activités (loueurs de meublés, nano-activités, artistes du spectacle et mannequins...).

Compte tenu de la situation spécifique de cette population rattachée au régime général de la sécurité sociale bien que non salariée, il n'y aura en revanche aucune acquisition de droits à la retraite complémentaire, qui générerait toutefois un surcroît de cotisations et une complexité supplémentaire. Il est toutefois fait l'hypothèse que, compte tenu des montants relativement faibles qui seront globalement perçus au titre de cette activité par les affiliés qui, par ailleurs, n'exercent pas tous une autre activité donnant lieu à une affiliation au régime général, la rémunération doit être considérée comme inférieure au plafond de la sécurité sociale et ne générerait pas un niveau élevé de droits à l'assurance retraite. Les personnels vaccinant ne constitueront donc pas une exception et ne créeront pas de précédent du fait de leur rattachement au régime général.

Les taux de cotisations seront les suivants :

Régime général	Taux
Assurance maladie maternité + CSA	13,30 %
<i>Alsace-Moselle</i>	14,80 %
Allocations familiales	5,25 %
Vieillesse de base	17,75 %
AT/MP	1,40 %
FNAL	0,10 %
CSG-CRDS	9,70 %
Total avant abattement	47,50 %
Total après abattement de 60%	19,00 %
<i>Alsace-Moselle</i>	<i>19,60 %</i>

Pour les professionnels rattachés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux

Dans une optique de simplification des démarches, il est proposé pour les professionnels précités (étudiants en médecine éligibles, médecins retraités, médecins salariés intervenant hors du cadre de leur activité salariale). En effet, en dehors de la campagne de vaccination en cours, ces personnes peuvent avoir déjà été affiliées, ou ont vocation à l'être prochainement au titre d'autres activités médicales à ce régime. Il paraît donc opportun d'opter pour cette affiliation.

Le taux de prélèvement global applicable, qui sera fixé par décret, sera de 13,30% (cf. ci-dessous), par référence au taux global de cotisation pratiqué pour les médecins exerçant leur activité au titre de remplacement et prévu par le régime simplifié des professions médicales (RSPM).

RSPM	Taux
Assurance maladie maternité	0,10%
Allocations familiales	0%
Vieillesse de base	7,95%
Vieillesse – complémentaire	2,45%
PCV	0,00%
CSG - CRDS	9,70%
Total avant abattement	20,20%
Total après abattement de 34%	13,30%

II – Dérogation aux règles de cumul emploi-retraite

La mesure proposée vise à donner un fondement légal aux dérogations introduites par lettre interministérielle dans un contexte d'urgence. Ainsi, elle prévoit :

- une dérogation temporaire aux règles d'écrêtement de la pension de retraite en cas de dépassement d'un certain seuil et au délai de carence de six mois en cas de reprise d'activité après la retraite auprès du dernier employeur ;
- une ouverture de ce droit du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2021, correspondant aux périodes de reprise épidémique depuis l'automne 2020 et de campagnes de vaccination engagées depuis le début de l'année 2021 et poursuivies depuis lors ;
- une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé, quel que soit le régime d'affiliation.

b) Autres options possibles

L'affiliation des professionnels concernés en tant que travailleurs indépendants pour déclarer les rémunérations perçues dans ce cadre et acquitter les cotisations et contributions correspondantes a été écartée, dans la mesure où elle aurait généré des formalités administratives peu opportunes pour ces professionnels et susceptibles de freiner la campagne de vaccination.

Ces professionnels auraient alternativement pu être assimilés aux collaborateurs occasionnels du service public dont l'affiliation au régime général est déjà prévue à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale. Ils auraient alors acquitté un taux de prélèvement global de 46 % sur leur rémunération brute, ce qui aurait présenté une différence importante par rapport aux praticiens libéraux, et de fait une inégalité de traitement qui n'étaient pas justifiée du point de vue du montant de la rémunération nette effectivement perçue. Par ailleurs cela n'aurait pas permis la mobilisation d'un outil déclaratif existant et aurait nécessité la mise en place d'un flux financier dédié entre la CNAM, chargée du versement des rémunérations et du précompte des cotisations, et le réseau des URSSAF.

Il aurait pu être envisagé de pérenniser cette mesure à toute période d'état d'urgence sanitaire, afin de clarifier le droit applicable au moment de la survenance de la crise, mais il apparaît souhaitable de laisser le pouvoir législatif décider, en fonction des circonstances, de l'opportunité d'une adaptation des règles du cumul emploi-retraite selon la situation.

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

La mesure établit des règles spécifiques d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale. Elle s'inscrit donc dans le champ des dispositions du 3^o du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En permettant à titre dérogatoire le cumul intégral de revenus de retraite et d'activité au cours de l'année 2021, cette mesure a un effet sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance vieillesse de l'année en cours. Elle relève ainsi du A du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'URSSAF Caisse nationale, de la CNAF et de la CNAV et la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

L'inscription de la population professionnelle ciblée en tant que nouvelle catégorie au sein de la liste des professions « assimilés salariés » et rattachées légalement au régime général de la sécurité sociale listées à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale ne semble pas opportune. En effet, l'ajout de populations au sein de cet article vise à sécuriser et stabiliser le rattachement au régime général d'une profession pérenne et établie pour les années à venir. Le caractère ponctuel et exceptionnel de cette campagne de vaccination ne justifie pas une telle codification.

La mesure de dérogation aux règles du cumul emploi-retraite plafonné ayant un caractère temporaire n'a pas vocation à être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>I. – Non applicable ; II. – mesure rendue applicable par disposition expresse</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. 1. Impact financier global

Au 4 juillet 2021, selon les chiffres fournis par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), sur l'ensemble de la population, 34 644 613 personnes étaient partiellement vaccinées et 24 467 685 entièrement. Au total, 457 M€ ont été versés au personnel vaccinant sur la même période.

Pour la population ciblée par la disposition, au 31 mai 15,5 M€ de rémunérations brutes ont été versées jusqu'au 31 mai à 12 301 professionnels (dont 1 047 étudiants, 5 259 retraités, 5 271 salariés ou fonctionnaires, 724 autres types de professionnels), donnant lieu à des précomptes de cotisations et contributions à hauteur de 2,5 M€ et des versements de rémunérations nettes à hauteur de 13 M€. On peut estimer le rendement sur l'année 2021 au double de ce montant, soit environ 5 M€.

Les taux de cotisations appliqués pour les professionnels de santé rattachés au régime général sont plus de deux fois plus faibles que ceux qui auraient été appliqués si les professionnels en question avaient été considérés comme des collaborateurs occasionnels de service public (46 % environ applicable à la rémunération brute).

Ce niveau de prélèvement est plus proche de celui applicable aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAM-C), appliqué pour une partie des personnes participant à la campagne vaccinale. Le taux de cotisation appliqué est celui en vigueur dans le cadre du dispositif simplifié des professions médicales dit RSPM des PAMC, soit 13,30 %. C'est ce taux qui sera repris dans le décret prévu par la présente disposition.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (prévisionnel)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre	5				
- Maladie	1,4				
- AT-MP	0,2				
- Famille	0,5				
- Vieillesse	1,9				
- Autonomie	/				
- FNAL, CSG, CRDS	1				

Le coût de la dérogation aux règles du cumul emploi-retraite plafonné est évalué à 28,8 M €, sur la base d'une population potentiellement éligible estimée à 2 366 assurés, dont 200 ayant spécifiquement repris une activité en qualité de renfort. Ce coût représente le montant de pension effectivement versé aux assurés en comparaison de celui qu'ils auraient obtenu en application des règles du cumul plafonné auxquelles il est dérogé : la pension entière en cas d'application du délai de carence de six mois entre la date d'entrée en jouissance de la pension et la reprise de l'activité salariée lorsque cette activité est poursuivie auprès du même employeur ; une partie de la pension en cas d'application des règles de plafonnement des revenus tirés de l'activité professionnelle et de la pension. Le gain individuel par assuré est évalué à 1 200 € par mois sur une période de 15 mois. Compte tenu du caractère rétroactif de la mesure sur la période d'octobre 2020 à mars 2021, avant la publication des lettres interministérielles précitées, et du caractère quérable de ce droit au titre de cette dernière période, il est fait l'hypothèse que deux-tiers des assurés éligibles bénéficieraient de la mesure.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse	- 28,8				
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

La mesure a un impact sur les revenus des assurés concernés, puisque le cumul de leur retraite et de leur activité n'est pas plafonné pendant la période considérée.

b) Impacts sociaux

Cette mesure permet d'ouvrir les droits des personnes ayant participé à la campagne de vaccination contre la Covid-19 dans un autre cadre qu'une activité de médecine libérale. Elle permet le recouvrement des cotisations sociales dues au même titre que pour tout autre professionnel de santé participant à la campagne.

La mesure permet aux soignants de bénéficier intégralement de leur retraite sans condition malgré la reprise ou la poursuite d'activité pendant la période concernée.

- **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. 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 schéma de rémunération des professionnels participant à la vaccination est le suivant :

- Le professionnel de santé concerné envoie à la caisse primaire à laquelle il est affilié un bordereau émanant du centre de vaccination recensant ses vacations hebdomadaires, ainsi qu'un document d'identification comportant toutes les informations administratives utiles à son identification et son paiement. La caisse procède alors au calcul de la rémunération brute et au précompte des cotisations sociales, avant de verser au professionnel sa rémunération nette. Dans le même temps, elle adresse à l'URSSAF les informations nécessaires afin de procéder à l'immatriculation des professionnels concernés et au versement des cotisations pour leur compte.
- A l'issue de la campagne de vaccination ou de l'année civile, les caisses primaires adresseront à chaque professionnel un récapitulatif des sommes perçues via ce dispositif en 2021, ces dernières devant être intégrées en 2022 à la déclaration d'impôts sur le revenu. En effet, compte tenu de la spécificité du dispositif et de l'urgence de sa mise en place, il n'est pas possible d'intégrer ces revenus dans l'assiette fiscale donnant lieu à prélèvement à la source. Ils ne seront pas non plus pré-renseignés dans les déclarations de revenus et seront donc à reporter dans la déclaration annuelle de revenus.

La mesure exonère les assurés concernés de prouver qu'ils ont cessé leur activité depuis plus de six mois et de justifier leurs revenus d'activité et de retraite, pendant toute la période concernée.

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

Cette mesure suppose la mise en place d'un dispositif ad hoc de collecte des informations et un circuit de paiement dédiés.

La mesure permet un traitement rapide par les caisses en leur évitant de calculer un écrêtement ou une suspension de pension pendant toute la période concernée. Elle pourra néanmoins impliquer, en nombre limité, le réexamen par les caisses de retraite de dossiers de pensions déjà liquidées, en raison de son caractère rétroactif.

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

Coût du traitement des données de rémunération collectées par les URSSAF en 2021 et bonne information synthétique des professionnels concernés à l'issue de l'année civile.

La mesure de dérogation aux règles du cumul emploi-retraite plafonné n'engendre aucun surcoût pour les caisses d'assurance vieillesse.

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 simple, cité dans le corps de l'article, viendra préciser les catégories de personnels concernés par le dispositif ainsi que le taux d'abattement forfaitaire de l'assiette.

Aucun texte d'application n'est nécessaire pour la mesure de dérogation aux règles du cumul emploi-retraite plafonné.

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 d'affiliation du personnel de santé sera immédiatement effective.

La mesure de dérogation aux règles du cumul emploi-retraite plafonné peut être mise en œuvre sans délai par les caisses d'assurance vieillesse, sous réserve du traitement de dossiers de pensions déjà liquidées.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les CPAM informeront en fin d'année civile les personnels visés par l'affiliation du total des sommes perçues et du précompte effectué dessus.

L'information des assurés concernant la dérogation aux règles du cumul emploi-retraite plafonné sera mise en œuvre par les caisses d'assurance vieillesse et par les employeurs des professionnels de santé.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Article 4 – Allègement de la taxe vente en gros des spécialités pharmaceutiques

I. Présentation de la mesure

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

Les grossistes-répartiteurs réalisent les opérations d'achat, de vente, de stockage et de distribution de médicaments et disposent d'autorisations délivrées par l'ANSM pour ces activités. D'après l'ANSM, on recensait 235 établissements pharmaceutiques correspondant à 50 entreprises autorisées en 2018 pour l'activité de grossiste répartiteurs. Parmi ces nombreux acteurs, 7 sociétés représentent 97,45% du marché de la répartition en Métropole et 100% dans les DOM en 2021.

Les acteurs de la répartition pharmaceutique subissent depuis plusieurs années une baisse de leur rentabilité liée notamment aux plans de baisse de prix des médicaments remboursables dont ils assurent la distribution en gros auprès des pharmacies, leur rémunération étant fondée sur une marge réglementée indexée sur le prix, encadrée d'un plancher et d'un plafond.

En outre, les répartiteurs sont soumis à une taxe relative aux ventes en gros.

Cette taxe, créée en 1991 et prévue par les articles L. 138-1 et suivants du code de la sécurité sociale, porte sur l'étape de distribution des médicaments remboursables. Les redevables en sont les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

Son assiette est définie par l'article L. 138-1 comme le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre de ces produits, à l'exception de celui réalisé au titre des médicaments orphelins. Elle est composée de trois parts, chacune d'entre elles se voyant appliquer un taux différent :

- la première porte sur le CAHT réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile n ;
- la deuxième est constituée par la différence entre le CAHT réalisé au cours de l'année n et celui réalisé en année n-1 ;
- la troisième porte sur la fraction du CAHT correspondant à la part de la marge réglementée du distributeur en gros qu'il choisit, pour des raisons commerciales, de rétrocéder aux pharmaciens d'officines pour les médicaments princeps. Il s'agit, en d'autres termes, de la différence entre la marge théorique des grossistes de médicaments princeps et la marge effectivement appliquée lors de la vente aux pharmaciens

Le produit de cette taxe s'élevait en 2020 à 249 millions d'euros, et est principalement à la charge des grossistes répartiteurs, notamment la 1^{ère} tranche (85 % du rendement). En effet, ces derniers représentent les principaux acteurs de la distribution en gros, tant en volume qu'en valeur, et, par conséquent, sont aussi les principaux contributeurs de cette taxe.

Le Gouvernement a reconnu la nécessité de réformer structurellement le modèle économique de ce secteur, qui remplit une mission essentielle d'approvisionnement sur l'ensemble du territoire national des médicaments en respectant des obligations de service public. Une série de mesures sont donc prévues en faveur de ce secteur pour préserver sa situation économique :

- modification des marges réglementées sur le dernier trimestre 2020 en tant que mesure d'urgence générant 30M€ pour le secteur de la distribution, puis pérennisation de cet effet +30M€ à partir de 2021 en effet année pleine
- allègement de la taxe sur la vente en gros avec effet rétroactif sur l'année 2021 à hauteur de 30M€,
- au regard de l'évolution de la situation du secteur de la vente en gros, réflexion sur la mise en place à partir de 2022 d'un forfait spécifique pour la distribution de produits du froid pour un montant maximal de 30M€.

Le présent article porte sur l'un des volets de ce plan, en prévoyant les dispositions législatives nécessaires à l'allègement de la contribution à la charge des établissements de vente en gros.

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

a) Mesure proposée

La mesure propose de baisser le taux de la première tranche de la taxe relative aux ventes en gros de spécialités pharmaceutiques pour un rendement annuel de 30 M€ avec un effet rétroactif au 1er janvier 2021.

En agissant sur les paramètres de cette taxe, la moindre taxation des acteurs de la répartition permettra une restauration de la santé économique de ce secteur essentielle au maintien de leurs missions de service public.

En effet la première part constitue la majorité du rendement total de la taxe avec 229 M€ sur 249 M€ en 2020 et les grossistes-répartiteurs en sont les principaux contributeurs avec 85 % du montant de cette première tranche.

En baissant le taux de la première tranche de la contribution de 1,75 % à 1,5 %, la baisse va générer une perte de recettes pour l'assurance maladie de l'ordre de 35 M€ et un gain pour les grossistes de l'ordre de 30 M€ en année pleine (28 M€ selon une simulation faite sur les chiffres 2020, mais étant donnée la croissance observée sur le champ du médicament en ville sur le premier semestre 2021, il est attendu que le rendement de la mesure soit majoré dès 2021).

L'effet rétroactif au 1er janvier 2021 de la baisse du taux de la première tranche est en outre prévu.

b) Autres options possibles

La baisse de la taxe de vente en gros fait partie d'un paquet de mesures pour réformer le modèle économique des grossistes-répartiteurs. D'autres mesures qui ne relèvent pas du niveau législatif ont été prises comme des mesures d'urgence pour compenser l'impact de la crise sanitaire de la COVID-19, une modification de la marge réglementée intervenue en septembre 2020 et au 1^{er} février 2021. D'autres options sur des forfaits spécifiques pour les médicaments conservés au froid possiblement pour 2022 sont à l'étude en fonction des résultats économiques à la mi-année 2021. Une autre option aurait été de moduler exclusivement le modèle de marges, mais il a été préféré le recours à plusieurs leviers complémentaires de façon à garantir l'effet attendu.

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

La place en LFSS se justifie au regard de la disposition du V. de l'article LO. 111-3 du CSS suivante :

B.-Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, outre celles prévues au C du I, les dispositions :

3° Relatives à l'assiette, au taux et 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 ;

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L.138-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La baisse du taux de la première tranche de la contribution de 1,75 % à 1,5 % génèrera une perte de recettes pour l'assurance maladie estimée à 35 M€ pour un gain grossistes de 30 M€ et un gain des laboratoires pharmaceutiques lié à la vente directe de 5M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie	-35	-37	-39	-41	-43
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

La baisse du montant de la taxe de vente en gros dont sont redevables les grossistes répartiteurs pour une large part en valeur mais aussi les laboratoires exploitant les spécialités pharmaceutiques dans une moindre mesure va générer un gain annuel pérenne pour ces acteurs.

Le chiffre d'affaires du secteur s'élevait à 17,6 Md d'euros en 2019, alors qu'il était supérieur à 18,4 Md d'euros entre 2010 et 2012, dont des baisses de marges sur la distribution des médicaments remboursables responsables d'un manque à gagner de plus de 200 M€ sur une dizaine d'années et un résultat d'exploitation négatif depuis quelques années.

115 laboratoires et 26 grossistes répartiteurs (GR) ont été **redevables** de la contribution vente en gros.

Les GR contribuent à hauteur de 85 % sur la première tranche, les laboratoires à hauteur de 15 %.

Ainsi, la mesure, cumulée avec les autres dispositions prises en faveur de la répartition, aura un impact économique positif pour ces acteurs et permettra de contrer l'érosion du taux de marge observée.

b) Impacts sociaux

De façon indirecte, la mesure aura un impact positif les assurés, car elle assurera le maintien d'une distribution de qualité des médicaments.

• **Impact sur les jeunes**

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

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

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

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure n'induit pas d'impacts particuliers supplémentaires pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

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

L'ACOSS devra ajuster son système d'information (taux) et sa procédure de déclaration pour 2021 ainsi qu'informer les redevables.

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

La mise en œuvre de la mesure sera réalisée dans le cadre des ressources existantes.

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

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

Aucun texte réglementaire n'est à prévoir. La procédure ACOSS relative à la déclaration de taxe pour l'année 2021 sera à actualiser.

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

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière d'information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.138-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.138-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La contribution due par chaque entreprise est assise sur le montant du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-1.</p> <p>L'assiette de la contribution est composée de trois parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; une deuxième part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente. Une troisième part est constituée, pour les spécialités autres que celles mentionnées aux deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9, de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise au cours de l'année civile correspondant, pour l'ensemble des unités vendues, à la différence entre le prix fabricant hors taxes, augmenté de la marge maximale mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-1 et minoré des remises maximales autorisées à l'article L. 138-9 dans la limite de 3,75 €, et le prix de vente hors taxes aux officines. Si cette différence est négative, cette troisième part est ramenée à zéro.</p> <p>Le montant de la contribution est calculé en appliquant :</p> <p>a) Un taux de 1,75 % à la première part ;</p> <p>b) Un taux de 2,25 % à la deuxième part, y compris lorsqu'elle est négative ;</p> <p>c) Un taux de 20 % à la troisième part.</p> <p>Le montant cumulé résultant des opérations effectuées sur les deux premières parts de l'assiette de la contribution, conformément aux a et b, ne peut ni excéder 2,55 %, ni être inférieur à 1,25 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.</p> <p>Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première et du troisième part. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquiescement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>La contribution due par chaque entreprise est assise sur le montant du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-1.</p> <p>L'assiette de la contribution est composée de trois parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; une deuxième part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente. Une troisième part est constituée, pour les spécialités autres que celles mentionnées aux deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9, de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise au cours de l'année civile correspondant, pour l'ensemble des unités vendues, à la différence entre le prix fabricant hors taxes, augmenté de la marge maximale mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-1 et minoré des remises maximales autorisées à l'article L. 138-9 dans la limite de 3,75 €, et le prix de vente hors taxes aux officines. Si cette différence est négative, cette troisième part est ramenée à zéro.</p> <p>Le montant de la contribution est calculé en appliquant :</p> <p>a) Un taux de 1,75 1,5 % à la première part ;</p> <p>b) Un taux de 2,25 % à la deuxième part, y compris lorsqu'elle est négative ;</p> <p>c) Un taux de 20 % à la troisième part.</p> <p>Le montant cumulé résultant des opérations effectuées sur les deux premières parts de l'assiette de la contribution, conformément aux a et b, ne peut ni excéder 2,55 %, ni être inférieur à 1,25 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.</p> <p>Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première et du troisième part. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquiescement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

Article 5 – Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la LFSS pour 2021

I. Présentation de la mesure

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

La LFSS pour 2021 a tracé une trajectoire ambitieuse pour les investissements dans le secteur hospitalier dans le cadre d'un dispositif de gouvernance novateur : plus déconcentré, impliquant plus fortement les élus, et permettant un meilleur accompagnement des acteurs. Ce changement en termes de gouvernance et de prise de décision s'agissant des investissements, avec la volonté affichée d'accompagner les projets et de donner plus de place aux territoires, a fortement affecté les missions des ARS à qui le Gouvernement a confié les leviers et les marges de manœuvre de tous les investissements en santé : moderniser l'offre sanitaire, rénover et développer l'offre pour les personnes âgées, rattraper le retard du numérique santé, et mettre en œuvre cette politique de la manière la plus adaptée aux territoires.

L'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui est une des composantes de la stratégie de l'investissement en santé, pose les principes de mise en œuvre de cette mesure et notamment celui d'une contractualisation obligatoire entre les ARS et les établissements bénéficiaires du dispositif avant le 31 décembre 2021. L'inscription de cette date butoir dans la loi devait permettre de s'assurer de la mise en œuvre rapide de cette mesure au bénéfice des établissements et s'inscrivait dans une conception initiale de la mesure comme bénéficiant à l'ensemble des établissements assurant le service public hospitalier, permettant donc une contractualisation au cours de l'année 2021.

Or, il apparaît nécessaire de préserver des délais supplémentaires pour permettre le soutien des investissements structurants des établissements qui le nécessitent.

Ces projets restructurant nécessitent un temps d'élaboration important par les établissements, et une instruction approfondie par l'échelon régional, afin d'assurer une pertinence et une priorisation fine au regard des enjeux du territoire. Ainsi, dans le cas d'une compensation nécessaire à allouer à un établissement pour cet objectif, le degré de maturité des projets et l'identification précise du montant de la compensation peuvent nécessiter un temps d'expertise important.

Aussi, lorsqu'ils ne seront pas couverts par un contrat portant sur la restauration des marges budgétaires, de nombreux établissements éligibles à un financement de leurs projets d'investissement seront, de fait, exclus du bénéfice de cette mesure emblématique du Ségur de la santé. En effet, les établissements dont les projets d'investissement structurants pourraient être éligibles à un financement par cette mesure n'auront pas tous été identifiés au 31 décembre 2021, d'autant que ces financements sont disponibles jusqu'en 2030. Par ailleurs, le processus d'instruction des projets les moins matures s'étale nécessairement sur une longue période et ne permettra pas d'arrêter le montant de subventionnement des projets sélectionnés pour la signature d'un contrat au 31 décembre 2021.

Dans ce cadre, la mesure proposée permettra que les financements attribués au titre de cette mesure puissent être traités comptablement par les établissements de santé en subventions d'investissement amortissables (comptes 131) et non comme un complément de dotations (comptes 102 hormis les comptes 1021, 1025 et 1026). Ce traitement est permis par l'instruction budgétaire et comptable M21 qui précise qu'un financement est une subvention d'investissement si un des 3 critères suivants, analysés successivement, est satisfait : (1) Le financement est désigné comme subvention d'investissement par l'autorité, (2) le financement sert à l'acquisition d'un équipement ou d'un lot d'équipements (corporels ou incorporels) clairement identifié, (3) le financement se rapporte soit à des opérations d'investissement qui n'ont pas d'impact direct sur les ressources de l'établissement soit à des opérations qui n'ont pas vocation à diminuer les coûts spécifiques d'une activité de l'établissement.

La modification de la rédaction actuelle de la loi est donc nécessaire.

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

a) Mesure proposée

Le nouveau dispositif de pilotage des investissements nécessite que les ARS mobilisent les représentants des trois secteurs de la santé (ville, hôpital et médico-social) mais également qu'elles impliquent les élus locaux et les préfets dans l'appréciation des besoins en santé et la transformation de l'offre et dans la prise des décisions liées à l'investissement.

Un travail important est donc nécessaire, au-delà du seul périmètre de la mesure de l'article 50 de la LFSS 2021, avant que les contrats avec tous les établissements, visant à contribuer au financement des opérations d'investissement structurants, puissent être signés.

La mesure vise à déroger, lorsqu'un contrat portant sur la restauration des marges financières n'aura pas été conclu, les deux obligations suivantes, prévues par l'article 50 de la LFSS pour 2021 :

- l'échéance du 31 décembre 2021, afin de permettre aux ARS d'instruire l'ensemble des projets éligibles tout au long de la période (2021-2029) au cours de laquelle ces crédits pourront être versés aux établissements ;
- la comptabilisation en une fois des dotations en capitaux propres ; en effet cette comptabilisation en une seule fois n'est plus cohérente dès lors que la contractualisation avec un même établissement pourra être réalisée en plusieurs temps s'il a vocation à émerger au soutien du dispositif de l'article 50 pour d'autres de ses objectifs, et pour un projet d'investissement structurant ultérieurement.

b) Autres options possibles

Il aurait pu également être envisagé de supprimer totalement l'échéance du 31 décembre 2021 dans la loi mais l'objectif de signature des contrats pour le volet relatif au soutien à la restauration des capacités financières avant fin 2021 reste nécessaire pour améliorer rapidement la situation des établissements fortement endettés.

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

L'inscription en LFSS se justifie par les effets directs de la mesure, en dépenses, sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, en application du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. En effet, l'assouplissement de l'échéance du 31/12/2021 pour la signature de l'ensemble des contrats aura un impact sur les échéanciers et donc sur les notifications et versements de la dotation aux établissements par les caisses pivot d'assurance maladie.

Les recettes apportées par le versement CADES viendront compenser année par année le montant annuel des dépenses des CPAM à ce titre.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

La mesure de compensation d'une partie des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci constitue une aide d'État compatible avec le marché intérieur et exemptée de l'obligation de notification à la Commission européenne.

Les hôpitaux, s'ils devaient être qualifiés d'entreprises au sens du droit européen, seraient en tout état de cause à considérer comme des entreprises chargées de la gestion d'un service d'intérêt économique général (SIEG) ; à ce titre, ils entreraient dans le traitement particulier au regard des règles régissant le marché intérieur prévues par les traités.

En effet, la décision de la Commission du 2 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2 TFUE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de SIEG prévoit que les aides remplissant les conditions énoncées dans cette décision sont compatibles avec le marché intérieur et exemptées d'obligation de notification. Or les trois critères énoncés par cette décision - gestion du SIEG confiée à l'entreprise concernée au moyen d'un ou plusieurs actes ou mandat, absence de surcompensation et mécanisme de contrôle régulier de l'absence de surcompensation - sont remplis par la mesure proposée.

Le contrat signé par l'ARS et l'établissement public de santé (EPS) constitue le mandat confié à l'entreprise SIEG. La loi prévoit précisément son contenu afin de correspondre aux exigences européennes, à savoir :

- les engagements pris par chaque EPS dans le cadre de la mesure via les objectifs qui lui sont fixés ;
- la description du mécanisme général de compensation via l'assiette et le montant total de cette contribution ainsi que l'ensemble des paramètres de son calcul ;

- le principe de non-surcompensation et la description du mécanisme de contrôle de la non surcompensation, via les indicateurs de suivi, les modalités de son évaluation et de contrôle ainsi que les conséquences en cas de non-respect des engagements pris, notamment les mécanismes de reprise de financements.

Les mécanismes de contrôles seront également prévus dans les contrats, permettant notamment de s'assurer de la non surcompensation et de la reprise le cas échéant.

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

a) Possibilité de codification

Il est proposé de ne pas codifier cette mesure compte tenu de son caractère non pérenne.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'assouplissement de l'échéance au 31 décembre 2021 pour le financement des projets d'investissement structurants aura pour impact de décaler les flux /les mouvements tant en produits qu'en charges sur les comptes de la CNAM car les financements issus de la CADES ne seront repris en produits dans les comptes de la branche maladie qu'au moment de l'enregistrement en charges des versements effectués aux établissements. En effet, les établissements qui contractualiseront avec les ARS au-delà de l'échéance du 31 décembre 2021 bénéficieront de versement de la CNAM plus tard que prévu initialement dans la LFSS 2021.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie	+233 -233	+349 -349	+466 -466	+582 -582	+718 -718
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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

Sans objet.

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

Cette mesure donnera aux agences régionales de santé les moyens d'instruire les projets d'investissement à accompagner par cette dotation sur l'ensemble de la période 2021-2030.

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.

Arrêté ministériel de notification des enveloppes régionales.

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

Le suivi du dispositif sera assuré au travers de l'évaluation du contrat signé entre l'ARS et l'établissement de santé concerné.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 50 de la loi n° 2020-1576	Article 50 de la loi n° 2020-1576
<p>I. Afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale peuvent verser une dotation annuelle aux établissements mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.</p> <p>Le versement de cette dotation est soumis à la conclusion par chaque établissement concerné d'un contrat avec l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021. La somme de ces dotations est fixée par décret et ne peut excéder 13 milliards d'euros, correspondant au montant maximal prévu au C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.</p> <p>Les sommes transférées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale en application du même C sont inscrites au bilan de la Caisse nationale de l'assurance maladie au moment du transfert à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont constatées en produits au compte de résultat de la Caisse nationale de l'assurance maladie au même rythme que l'ordonnement des dotations annuelles mentionnées au premier alinéa du présent I dont elles assurent le financement.</p> <p>II. Pour déterminer le montant de la dotation mentionnée au I versée à chaque établissement contractant, sont notamment pris en compte les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement.</p> <p>III. Les contrats mentionnés au I sont signés pour une durée maximale de dix ans par le directeur général de l'agence régionale de santé et les représentants légaux des établissements mentionnés au même I. Ils peuvent faire l'objet d'une révision par voie d'avenant pendant toute la durée du contrat. Les stipulations de ces contrats font l'objet d'un suivi par le conseil territorial de santé concerné. Ces contrats précisent :</p> <p>1° Le mandat confié à l'établissement, notamment en matière de désendettement, d'investissement, d'amélioration de la situation financière et de transformation, et les charges mentionnées au I dont le financement est assuré par la dotation ;</p> <p>2° Le montant de la dotation et les paramètres retenus pour son calcul ;</p> <p>3° L'échéancier des versements annuels ;</p> <p>4° Les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que le mécanisme de reprise de financements en cas de surcompensation des charges mentionnées au I ou de non-respect des engagements pris par l'établissement dans le contrat. Les montants repris ne peuvent excéder, pour une année donnée, le montant de la dotation mentionnée au même I pour cette même année.</p>	<p>I. Afin de concourir à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, les organismes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale peuvent verser une dotation annuelle aux établissements mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.</p> <p>Le versement de cette dotation est soumis à la conclusion par chaque établissement concerné d'un contrat avec l'agence régionale de santé avant le 31 décembre 2021. Lorsqu'un contrat ou un avenant au précédent contrat a pour seul objet de concourir à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants, ils peuvent être conclus jusqu'au 31 décembre 2030. Les versements interviennent avant le 31 décembre 2030.</p> <p>La somme de ces dotations est fixée par décret et ne peut excéder 13 milliards d'euros, correspondant au montant maximal prévu au C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.</p> <p>Les sommes transférées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale en application du même C sont inscrites au bilan de la Caisse nationale de l'assurance maladie au moment du transfert à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont constatées en produits au compte de résultat de la Caisse nationale de l'assurance maladie au même rythme que l'ordonnement des dotations annuelles mentionnées au premier alinéa du présent I dont elles assurent le financement.</p> <p>II. Pour déterminer le montant de la dotation mentionnée au I versée à chaque établissement contractant, sont notamment pris en compte les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement.</p> <p>III. Les contrats mentionnés au I sont signés pour une durée maximale de dix ans par le directeur général de l'agence régionale de santé et les représentants légaux des établissements mentionnés au même I. Ils peuvent faire l'objet d'une révision par voie d'avenant pendant toute la durée du contrat. Les stipulations de ces contrats font l'objet d'un suivi par le conseil territorial de santé concerné. Ces contrats précisent :</p> <p>1° Le mandat confié à l'établissement, notamment en matière de désendettement, d'investissement, d'amélioration de la situation financière et de transformation, et les charges mentionnées au I dont le financement est assuré par la dotation ;</p> <p>2° Le montant de la dotation et les paramètres retenus pour son calcul ;</p> <p>3° L'échéancier des versements annuels ;</p> <p>4° Les indicateurs de suivi, les modalités d'évaluation et de contrôle ainsi que le mécanisme de reprise de financements en cas de surcompensation des charges mentionnées au I ou de non-respect des engagements pris par l'établissement dans le contrat. Les montants repris ne peuvent excéder, pour une année donnée, le montant de la dotation mentionnée au même I pour cette même année.</p>

<p>IV.-Lors du renouvellement des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, les agences régionales de santé s'assurent qu'ils sont cohérents avec les engagements et les moyens fixés dans le contrat mentionné aux I et III du présent article.</p> <p>V.-La dotation qui sera versée à l'établissement est comptabilisée en capitaux propres en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat.</p> <p>VI.-Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat, notamment :</p> <p>1° Les paramètres servant à déterminer les compensations des obligations de service public hospitalier ;</p> <p>2° Les modalités de détermination du montant des dotations mentionnées au I ainsi que de la publication par l'agence régionale de santé des critères retenus pour déterminer ce montant ;</p> <p>3° Les conditions de mise en œuvre et les modalités d'application du contrat mentionné aux I et III ;</p> <p>4° Les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surcompensations.</p> <p>VII.-Le C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« C.-La couverture de dotations de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale couvrant un soutien exceptionnel, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les dates et montants de ces transferts sont fixés par décret. »</p>	<p>IV.-Lors du renouvellement des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, les agences régionales de santé s'assurent qu'ils sont cohérents avec les engagements et les moyens fixés dans le contrat mentionné aux I et III du présent article.</p> <p>V.-La dotation qui sera versée à l'établissement est comptabilisée en capitaux propres en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent, la dotation ou la fraction de la dotation concourant à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants peut être comptabilisée en plusieurs fois en fonction de l'échéancier des versements.</p> <p>VI.-Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat, notamment :</p> <p>1° Les paramètres servant à déterminer les compensations des obligations de service public hospitalier ;</p> <p>2° Les modalités de détermination du montant des dotations mentionnées au I ainsi que de la publication par l'agence régionale de santé des critères retenus pour déterminer ce montant ;</p> <p>3° Les conditions de mise en œuvre et les modalités d'application du contrat mentionné aux I et III ;</p> <p>4° Les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surcompensations.</p> <p>VII.-Le C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« C.-La couverture de dotations de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale couvrant un soutien exceptionnel, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les dates et montants de ces transferts sont fixés par décret. »</p>
---	---

Article 6 – Transferts financiers entre branches de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

La gestion de la cinquième branche de la sécurité sociale consacrée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a été confiée à la CNSA par la loi n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

La CNSA est devenue ainsi une caisse nationale du régime général de sécurité sociale. A ce titre :

- Elle contribue aux frais de gestion administrative de l'ACOSS, chargée de recouvrer les recettes pour son compte et d'assurer son financement et sa trésorerie, conformément à l'article L.225-1 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 pour un montant de 109 M€ ;
- Elle est également redevable de charges liées au non recouvrement (CNLR) au titre de la contribution sociale généralisée (CSG) qui lui est affectée et qui sont appliquées par la DGFIP sur les sommes qui lui sont versées pour un montant de 432 M€, ainsi que de frais de dégrèvement à hauteur de 46M€.

Il importe que la CNSA dispose d'un niveau de ressources suffisantes pour couvrir ces charges dont le montant total s'élève à 587 M€, ce qui n'a pas été pris en compte dans le niveau des recettes qui avaient été affectées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

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

a) Mesure proposée

Afin de tenir compte du coût de ces charges nouvelles pour la CNSA, il est proposé de lui affecter une fraction de la taxe sur les salaires actuellement répartie entre les branches maladie, famille et vieillesse du régime général de la sécurité sociale. Dans la mesure où une fraction du produit de la CSG affectée à la CNSA depuis le 1er janvier 2021 était antérieurement affectée à la branche maladie, la part de taxe sur les salaires affectée à cette dernière sera réduite.

Le transfert de taxe sur les salaires entre la CNSA et la CNAM prévu par la présente mesure porte sur l'année 2021. La compensation sera recalibrée pour 2022 et les années suivantes, l'année 2021 étant une année particulière en termes de charges liées au non recouvrement du fait de la crise sanitaire.

Affectataires de taxe sur les salaires	Affectation de la taxe sur les salaires avant l'entrée en vigueur de la mesure	Affectation de la taxe sur les salaires après l'entrée en vigueur de la mesure
CNAM	28,14%	24,33%
CNAF	18,49%	18,49%
CNAV	53,37%	53,37%
CNSA	0,00%	3,81%
Total	100,00%	100,00%

b) Autres options possibles

Une autre option aurait consisté à définir une fraction pérenne de taxe sur les salaires à affecter à la CNSA pour couvrir ses charges nouvelles : la contribution aux charges de gestion administrative de l'ACOSS, les charges liées au non recouvrement et les frais de dégrèvement. Cette option n'a pas été retenue car elle ne permet pas de compenser la CNSA au plus près de la réalité du coût de ces charges nouvelles.

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

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

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

Sans objet.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Articles L. 131-8 du code de la sécurité sociale et L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Sans objet pour les dispositions financières générales.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Au total, la mesure proposée est neutre sur le solde RG+FSV et correspond à un transfert de la CNAM à la CNSA d'un montant total de 587 M€ permettant de couvrir 46 M€ de frais de dégrèvement, 432 M€ de charges liées au non recouvrement au titre de la contribution sociale généralisée et 109M€ de contribution aux frais de gestion administrative de l'ACOSS.

L'affectation d'une fraction de taxe sur les salaires réduit à due concurrence celle de la CNAM, antérieurement affectataire des recettes sur lesquelles étaient prélevés des charges de non-recouvrement par la DGFIP.

En M€		2021
Frais de dégrèvement		46
Charges liées au non recouvrement		432
Contribution aux frais de gestion administrative de l'ACOSS		109
Dégrèvement + CLNR+FNGA : modification de la clé en 2022		587

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2021 (rectif)	2022	2023	2024	2025
Branche maladie du régime général	- 587 M€ (- 3,81% de taxe sur les salaires)				

Branche autonomie régime général	du	+ 587 M€ (+3,81% de taxe sur les salaires)				
--	----	--	--	--	--	--

S'agissant des frais de gestion administrative de l'ACOSS, la contribution de la CNSA vient diminuer celle de la CNAM. En effet, la détermination de cette contribution est fondée sur le montant des cotisations et contributions recouvrées par l'ACOSS pour chacune des branches du régime général de la sécurité sociale. Or, au 1^{er} janvier 2021, une fraction du produit de la CSG a été transférée de la CNAM à la CNSA afin de doter cette dernière de ressources propres. Cette fraction de produit de CSG transférée correspond à des dépenses dont la CNAM a été libérée puisqu'elle ne finance plus de dotation ONDAM. En tout état de cause, ce transfert conduit à ce que l'ACOSS recouvre moins de recettes pour la CNAM et davantage pour la CNSA. À cet égard, la contribution de la CNAM aux frais de gestion de l'ACOSS sera diminuée.

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

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale	Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale modifié
<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 18,49 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 28,14 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes annuelles prévues au 1° de l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4,25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p> <p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p>	<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à correspondant à 18,49 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 28,14 % 24,33 % ;</p> <p>- à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 3,81 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes annuelles prévues au 1° de l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4,25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p>

<p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p> <p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>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 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article</p>	<p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p> <p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>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 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p>
--	---

<p>L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débiteurs de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de 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 :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p> <p>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° ;</p> <p>9° Une fraction de 27,89 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,71 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>	<p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débiteurs de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de 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 :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p> <p>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° ;</p> <p>9° Une fraction de 27,89 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,71 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>
<p>Article L.14-10-4 du code de l'action sociale et des familles (L.241-6-2 CSS ordonnance)</p>	<p>Article L.14-10-4 modifié du code de l'action sociale et des familles (L.241-6-2 CSS ordonnance)</p>

<p>Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :</p> <p>1° Les contributions prévues aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du même code ;</p> <p>3° Des produits divers, dons et legs ;</p> <p>4° Des dotations des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 dudit code destinées à couvrir des dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1 du présent code.</p>	<p>Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :</p> <p>1° Les contributions prévues aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du même code ;</p> <p>2° bis Une fraction du produit de la taxe sur les salaires, dans les conditions fixées au 1° de l'article mentionné à l'alinéa précédent ;;</p> <p>3° Des produits divers, dons et legs ;</p> <p>4° Des dotations des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 dudit code destinées à couvrir des dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1 du présent code.</p>
---	---

I. Présentation de la mesure

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

a) Un recouvrement des cotisations sociales vieillesse et invalidité-décès des professionnels libéraux distinct de celui des autres cotisations

Les professionnels libéraux relèvent de régimes obligatoires de protection sociale leur garantissant une protection au titre de la maladie, de la vieillesse ainsi que de l'invalidité-décès et leur permettant de bénéficier d'allocations familiales.

Les organismes chargés du calcul et du recouvrement des cotisations de ces professionnels libéraux ainsi que du versement de leurs prestations diffèrent selon les risques couverts, l'activité professionnelle exercée et son mode d'exercice (article L. 640-1 du code de la sécurité sociale).

Concernant les opérations relatives au paiement de leurs cotisations, les professionnels libéraux font face à deux interlocuteurs différents :

- L'une des sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) pour les cotisations des assurances vieillesse de base et complémentaire et d'invalidité-décès. La section professionnelle compétente est différente selon la profession exercée ;
- L'URSSAF, pour la totalité des autres cotisations et contributions de sécurité sociale. En effet, alors qu'ils acquittaient leurs cotisations d'assurance maladie auprès des organismes conventionnés chargés de la gestion de leurs prestations en nature d'assurance maladie, le recouvrement de ces cotisations a déjà été transféré en 2016 aux URSSAF, ce qui a permis de simplifier, dans une première étape, le paiement des cotisations des professionnels libéraux.

Organismes de sécurité sociale particuliers, les sections professionnelles versent aux professionnels libéraux les prestations de sécurité sociale liées aux cotisations dont ils s'acquittent au cours de leur activité professionnelle : les pensions de retraite de base et complémentaires, de droit propre ou de réversion, les prestations invalidité-décès, et éventuellement les prestations indemnité journalières d'incapacité¹.

Au sein de ces organismes, la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV) gère les professions libérales réglementées n'appartenant pas aux autres sections de professionnels libéraux, soit 21 professions. Elle compte 210 000 cotisants de droit commun, 287 000 micro-entrepreneurs (soit au total 497 000 actifs) et 132 000 prestataires de droits propres et dérivés. Ainsi, la CIPAV représente 50 % des cotisants de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), si l'on inclut les micro-entrepreneurs, et recouvre 36 % des cotisations du régime de base et 16 % des cotisations des différents régimes complémentaires.

Le nombre d'affiliés (629 000 comptes assurés) tient compte des effets de la mise en place progressive de la réforme du périmètre d'affiliation des professionnels libéraux non réglementés prévue par l'article 15 de la LFSS 2018 qui a restreint le champ des professions dont l'organisme est en charge. En effet, les professionnels créant une activité en dehors de l'une des 21 professions listées, ont depuis cette réforme été affiliés au régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI). Ce transfert progressif, qui s'accompagne d'une option pour les professionnels affiliés antérieurement, s'inscrit dans le cadre de la suppression du régime social des indépendants (RSI) prévu par le même article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, la révision du périmètre d'affiliation de la CIPAV ayant pour objectif d'unifier la protection sociale de l'ensemble des entrepreneurs ne relevant pas des professions libérales historiquement constituées autour des métiers de certains métiers, généralement réglementés.

Les micro-entrepreneurs professionnels libéraux² bénéficient d'un traitement différencié depuis 2010 puisque le recouvrement est déjà assuré par les URSSAF pour l'ensemble des risques, notamment l'assurance vieillesse de base, complémentaire et d'invalidité-décès, dans le cadre du versement unique qui leur est applicable.

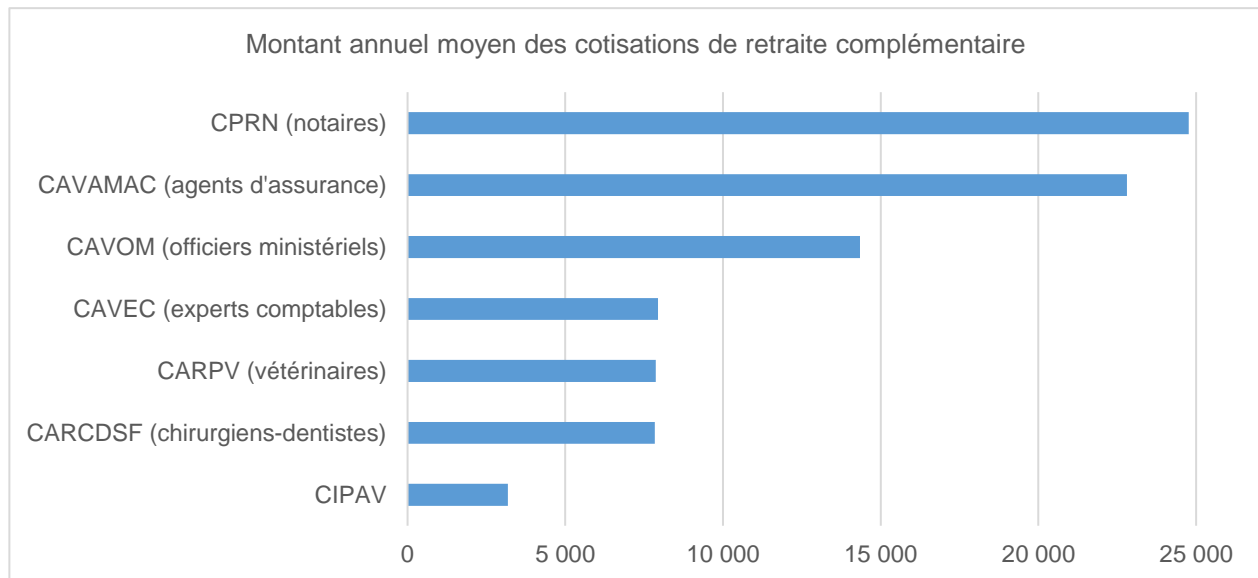
L'organisation actuelle du recouvrement génère une complexité pour les redevables du fait de l'existence de deux réseaux ainsi que de surcoûts systémiques liés à la redondance des opérations de gestion, à la fois en matière de prise en compte par les deux organismes des flux administratifs liés à la gestion de ces comptes (affiliation, modification et radiation des comptes), pour le paiement de leurs cotisations (offres de service hétérogènes déployées auprès des cotisants, dates et modalités de paiement variables) ainsi que pour l'engagement des opérations de recouvrement amiable et forcé en cas d'incident de paiement.

Or, ces enjeux concernent particulièrement les cotisants dont l'activité relève de la CIPAV. En effet, à la différence des professionnels libéraux relevant des autres sections professionnelles (officiers ministériels, experts-comptables, ...) dont les conditions d'exercice d'une activité professionnelle évoluent peu au cours du temps et donc les niveaux de revenus présentent des variations relativement faibles selon les années, les caractéristiques de l'activité des professionnels libéraux relevant de la CIPAV se rapproche de celles des artisans et commerçants : faible durée moyenne d'exercice en tant que professionnel libéral, niveau de distribution des revenus plus faible par rapport aux autres professions libérales, cumul fréquent avec d'autres activités professionnelles et très grande variabilité des revenus.

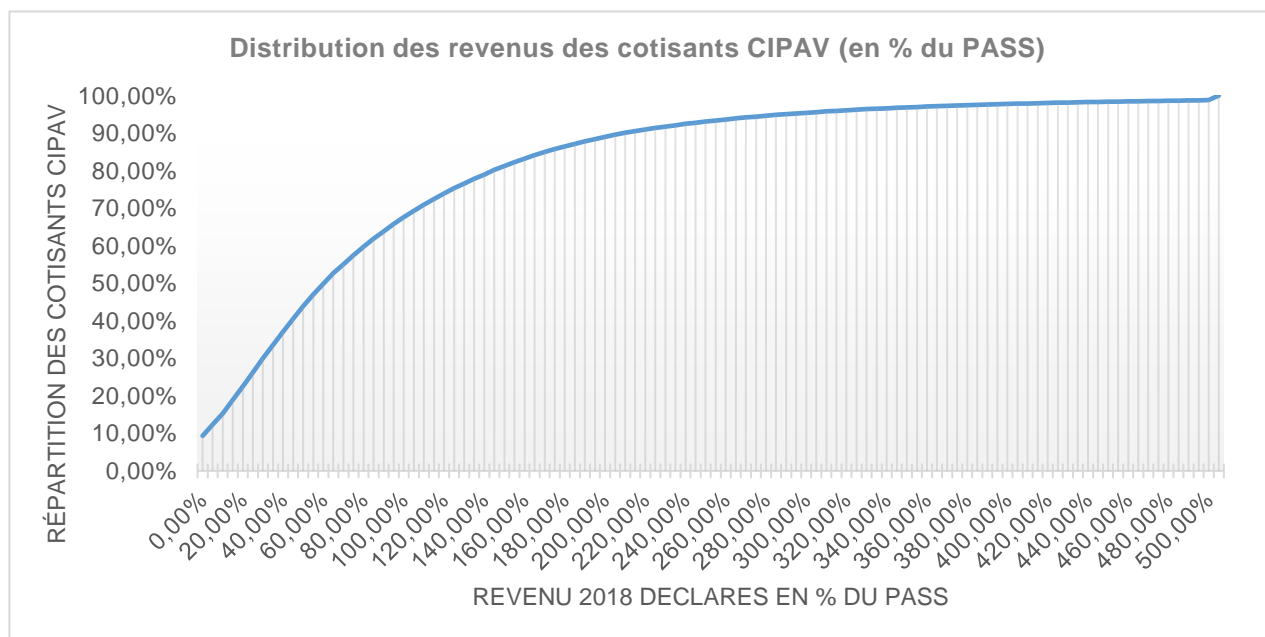
¹ Il s'agit des indemnités journalières versées par quatre des sections professionnelles, après 90 jours de carence

² Donc la plupart des professionnels libéraux affiliés à la CIPAV.

A titre d'illustration figure ci-après le montant annuel moyen de cotisations de retraite complémentaire acquittées par les professionnels libéraux (données 2018), selon la section professionnelle gestionnaire. Il est pris à titre d'exemple, pour les situations de 6 sections, la différence observée résultant très directement de l'inégale distribution des revenus selon l'activité exercée par ces professionnels libéraux. Les revenus des cotisants CIPAV sont très inférieurs aux revenus déclarés dans les autres sections professionnelles.



Le tableau ci-après précise les niveaux de distribution des revenus des cotisants CIPAV (données 2018).



La complexité de l'organisation actuelle du recouvrement et les difficultés rencontrées par les professionnels libéraux relevant de la CIPAV ont été particulièrement signalés par la Cour des comptes dans plusieurs rapports publics (les plus récents en 2014 puis en 2017, ainsi que dans le rapport thématique relatif à la simplification de la collecte des prélèvements sur les entreprises en juillet 2016), conduisant cette dernière à recommander la concentration progressive du recouvrement vers les URSSAF. En outre, l'IGAS a relevé en 2019 dans son rapport évaluant le contrat pluriannuel liant l'Etat et la CNAVPL que la situation de la CIPAV demeurait très dégradée s'agissant du recouvrement : le taux annuel de recouvrement observé au 31 décembre s'élève à 74 % en moyenne de 2012 à 2018, soit un niveau très inférieur à celui de 93,2 % constaté pour les cotisations des travailleurs indépendants dues aux URSSAF, sans que les différences de population expliquent cet écart.

Ce même rapport préconisait, soit de transférer aux URSSAF le recouvrement des cotisations de la CIPAV, soit de réinvestir fortement dans une refonte du système d'information de cette dernière, dont le coût serait élevé, sans que cette décision permette, selon l'IGAS, de garantir son redressement du système d'information. C'est pourquoi, dans une instruction¹ en date du 16 novembre 2020, le directeur de la CIPAV a été chargé d'engager les travaux afin de pouvoir, à l'horizon 2023, unifier le recouvrement des cotisations sociales autour des URSSAF et CGSS pour cette population. A

¹ Signée par les ministres du travail et des solidarités et de la santé ainsi que le ministre délégué auprès du ministre de l'Economie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics et le secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, chargé des retraites et de la santé au travail.

ce titre, des travaux préparatoires ont été engagés par les services de la direction de la sécurité sociale avec l'ACOSS et la CIPAV.

b) Adapter les modalités de l'unification du recouvrement décidées en 2019 pour satisfaire les besoins des organismes et des destinataires des sommes collectées

L'unification du recouvrement des prélèvements sociaux au sein des URSSAF doit permettre d'améliorer à la fois la qualité des relations entre les redevables et les organismes de collecte, mais aussi la performance et la qualité du recouvrement pour les organismes attributaires. Compte tenu de leur nombre, et afin de définir un modèle performant et efficace, la LFSS pour 2020 a prévu les règles qui s'appliqueront pour les relations financières et comptables et les transferts d'informations entre les URSSAF d'une part et ceux pour le compte desquels les sommes sont collectées d'autre part. Plusieurs précisions et modifications sont nécessaires afin de tenir compte des besoins des organismes tels qu'ils résultent des travaux engagés pour assurer la mise en œuvre de la LFSS pour 2020.

• Adapter le périmètre des organismes bénéficiant du reversement des cotisations dues et préciser les modalités de gestion des créances antérieures

La LFSS pour 2020 prévoit une simplification des relations entre les URSSAF et les organismes attributaires des cotisations et contributions recouvrées, à l'instar de ce que pratique la DGFIP. L'ACOSS reversera en effet directement les cotisations dues telles qu'elles ont été déclarées dans la DSN, puis fiabilisées et contrôlées, après application d'un taux forfaitaire prédéfini par arrêté représentatif des charges inévitables de non-recouvrement. Le périmètre a été en partie précisé dans la loi et concerne – outre l'AGEFIPH et France compétences – les cotisations d'assurance vieillesse recouvrées dans le cadre des transferts prévus à l'article 18 de la LFSS pour 2020 dans la mesure où le calcul des droits à la retraite est généralement déconnecté des encaissements afin de ne pas pénaliser les salariés compte tenu des responsabilités de l'employeur sur le paiement des cotisations sociales. Il est également prévu de rendre la mesure applicable aux autres cotisations et contributions recouvrées par les URSSAF, à l'exception de celle des branches du régime général, à des dates fixées par décret en Conseil d'Etat.

Il est apparu opportun, dans le cadre des travaux préparatoires du décret, de préciser le périmètre de la mesure afin d'exclure certaines catégories de cotisations ou contributions pour lesquelles ce dispositif n'est pas justifié. A terme, le reversement des sommes dues sera applicable à la majorité des attributaires de l'ACOSS. En revanche en seront notamment exclus, outre les organismes du régime général, ceux qui lui sont adossés financièrement ainsi que les bénéficiaires des prélèvements opérés sur les travailleurs indépendants en raison du lien direct entre les sommes versées par ces cotisants et les droits à la retraite qui leur seront ouverts.

Les travaux préparatoires ont également mis en exergue la nécessité de clarifier, en l'absence de textes applicables, les règles d'affectation du produit des majorations de retard et des pénalités, lesquelles sont dues et recouvrées par les URSSAF à titre accessoire en cas de défaillance du redevable sur le paiement de ses cotisations. En effet, il n'est pas logique d'affecter ces majorations de retard aux attributaires alors que le paiement des contributions leur sera désormais garanti sans retard.

• Etendre les dispositions relatives aux règles d'imputation des paiements partiels des différentes cotisations dues aux micro-entrepreneurs

L'article 31 de la LFSS pour 2021 a aligné les règles d'imputation des cotisations et contributions en cas de paiement partiel avec celles figurant au sein du projet de loi de finances afin de poursuivre l'objectif de rapprochement des modalités de recouvrement au sein des sphères sociales et fiscales.

Cet article prévoit que pour l'ensemble des cotisants (employeurs et travailleurs indépendants), en cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales, le paiement est prioritairement imputé sur la créance due au principal, puis le cas échéant sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice.

Néanmoins, pour que cet alignement puisse concerner l'ensemble des travailleurs indépendants, une précision spécifique à l'article relatif aux micro-entrepreneurs est nécessaire afin de déterminer un ordre de priorité pour l'impôt sur le revenu recouvré par les URSSAF et CGSS dans le cadre du versement libératoire.

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

a) Mesure proposée

• Transfert vers les URSSAF du recouvrement des cotisations de retraite de base et complémentaire et d'invalidité décès à ce stade opéré par la CIPAV

Il est proposé d'étendre les missions des URSSAF au recouvrement des cotisations sociales dues à la CIPAV afin d'aligner les procédures de collecte sur celles applicables aux artisans et commerçants depuis la suppression du RSI en 2018. Ce transfert permettra d'unifier, de rationaliser et donc de considérablement simplifier le recouvrement actuel des cotisations et contributions de sécurité sociale pour ces professionnels libéraux.

Sont concernées par ce transfert les cotisations d'assurance vieillesse obligatoire de base et complémentaire, ainsi que d'invalidité-décès.

A l'occasion de ce transfert il est par ailleurs envisagé d'aligner certains paramètres de calcul et de recouvrement des cotisations dues à la CIPAV sur les règles applicables aux cotisations déjà recouvrées par les URSSAF auprès des mêmes cotisants, afin que la mesure de simplification puisse décliner ses pleins effets. En effet la CIPAV a entrepris une réforme de son barème de cotisations afin de supprimer le système de cotisations par classes pour passer à une logique de cotisation proportionnelle au revenu, nettement plus simple et similaire aux règles en vigueur pour l'ensemble des

autres prélèvements. Cette initiative de la CIPAV, qui nécessitera la modification des décrets constitutifs des régimes de vieillesse complémentaire et d'invalidité décès, permettra d'en tirer pleinement les avantages.

210 000 professionnels libéraux cotisants de droit commun à la CIPAV sont concernés par ce transfert de recouvrement. Les autres cotisants à la CIPAV ne le sont pas puisqu'il s'agit des 287 000 micro-entrepreneurs qui s'acquittent déjà de leurs cotisations auprès de l'URSSAF.

Les cotisations dont le recouvrement doit être transféré représentent annuellement 1,4 Md€ (cotisations de retraite de base, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès acquittées à la CIPAV pour un taux de recouvrement au 31 décembre de ladite année d'environ 82 % selon les données 2019), à rapprocher des 15,6 Md€ déjà recouverts par les URSSAF, pour les travailleurs indépendants artisans, commerçants et professionnels libéraux dont le taux de recouvrement annuel dépasse les 95 % (données 2018).

Des gains sont également attendus pour la CIPAV du fait de la hausse du niveau de recouvrement par la mise en œuvre par les URSSAF de modalités de recouvrement plus adaptées sur ces cotisations.

La simplification de la gestion et de la qualité de service

Concrètement, les professionnels libéraux affiliés à la CIPAV, qui font face aujourd'hui à deux réseaux de collecte, la CIPAV pour les cotisations de retraite de base, de retraite complémentaire et d'invalidité décès et les URSSAF d'autre part pour la totalité des autres prélèvements sociaux, n'auront plus qu'un seul interlocuteur, un seul échéancier de paiement, une seule modalité de calcul de leurs cotisations par l'application d'un taux proportionnel à leurs revenus et une seule démarche à faire pour s'acquitter de leurs cotisations.

La mesure permettra d'accroître la lisibilité de l'organisation du recouvrement pour les cotisants, et de simplifier leurs procédures en disposant d'un seul interlocuteur en matière de cotisations sociales, tout en réalisant des économies de gestion substantielles pour les régimes.

Ce transfert n'aura pas d'incidence sur les modalités d'alimentation des droits à la retraite. Les droits futurs à la retraite de base et complémentaire pour les professionnels libéraux affiliés à la CIPAV sont valorisés à compter du règlement complet de la cotisation exigible au titre d'une année donnée. A compter de 2023, les éléments bruts cotisés (assiette de cotisation – montant cotisé par régime) seront transmis par les URSSAF au RGPU dès constat du complet règlement des cotisations exigibles rattachées à l'exercice 2023, de manière analogue à ce qui est actuellement opéré par la CIPAV sur sa propre base carrière. Les droits seront valorisés au RGPU en fonction des éléments bruts transmis et selon le rythme de recouvrement opéré par les URSSAF compte tenu des missions déjà assumées par les URSSAF et de leur expérience, notamment dans le cadre de la reprise des missions du RSI, en particulier s'agissant des cotisants qui sont déjà connus du réseau des URSSAF et sont donc familiarisés à leurs modalités de recouvrement ainsi qu'à leurs outils. Il s'agit en effet seulement d'étendre le champ des cotisations recouvrées par les URSSAF sur ces mêmes professionnels.

La compatibilité des systèmes d'information de ces deux organismes est un enjeu fort afin d'assurer en toute sécurité d'une part un référentiel unique de cotisants entre ces deux organismes et, d'autre part, le transfert des informations relatives aux cotisants notamment en matière de gestion de l'antériorité de la dette dont les conditions de reprise dans le système d'information des URSSAF restent à définir et pourront être envisagées à l'horizon 2025.

Les cotisants pourront par ailleurs bénéficier d'une gamme de services enrichie par rapport à l'offre dont ils disposent actuellement : un accueil téléphonique performant et complet, un panel de services en ligne permettant l'accomplissement de l'ensemble des démarches sous un format dématérialisé, une offre d'accueil de proximité, assise sur les points d'accueil URSSAF, en nombre plus important que ceux ouverts par la CIPAV. Des travaux seront engagés avec l'ACOSS et la CIPAV afin de définir précisément la compétence de gestion respective du centre de gestion URSSAF localisé à la CIPAV ou des URSSAF en matière de relations de service.

Afin d'offrir aux cotisants cette offre de service complète, les URSSAF bénéficieront de l'appui d'un transfert du personnel de la CIPAV actuellement en charge du recouvrement. Pendant une période transitoire, la gestion centralisée de l'activité résiduelle du recouvrement des dettes antérieures sera effectuée par une partie des personnels transférés dans un service déconcentré d'une URSSAF en tant que centre de service URSSAF hébergé dans les locaux de la CIPAV. Ces ETP rejoindront ensuite géographiquement leur URSSAF d'affectation au fur et à mesure de la baisse d'activité sur la période transitoire. Une convention entre les URSSAF concernées et la CIPAV fixant les conditions et modalités de transfert (critères permettant de déterminer les personnels qui seront transférés, offre de service informatique, mise à disposition des locaux...) sera nécessaire.

L'alignement des règles de recouvrement

Ce transfert s'accompagne d'une simplification du recouvrement des cotisations liées à l'alignement sur les paramètres appliqués en URSSAF. L'unification du recouvrement et des échéanciers implique en effet d'harmoniser des modalités de recouvrement entre les cotisations payées aux URSSAF d'une part et à la CIPAV de l'autre. Il s'agit en premier lieu d'aligner les dates d'envoi des échéanciers de cotisations et les modalités, d'appel provisionnel, de régularisation et de recouvrement des cotisations.

Cette modification concernera les cotisations invalidité-décès et retraite complémentaire qui représentent annuellement une masse financière de 1,4 Md€.

Le calendrier de paiement des cotisations en URSSAF est aujourd'hui différent, pour ces mêmes travailleurs indépendants, du calendrier de paiement à la CIPAV. 70 % des assurés relevant des URSSAF acquittent leurs cotisations mensuellement (le 5 ou le 20), contre 50% à la CIPAV, et 30 % trimestriellement.

Les cotisants actuellement mensualisés à la CIPAV (environ la moitié d'entre eux), qui paient aujourd'hui leurs cotisations de retraite le 10 de chaque mois, devraient conserver leur mensualisation après le transfert. Aussi l'effet sera quasiment neutre pour cette population.

Les cotisants non mensualisés à la CIPAV, s'acquittant donc aujourd'hui de leurs cotisations à la CIPAV en une seule fois le 15 octobre (25 % des sommes collectées) paient leurs cotisations aux URSSAF soit mensuellement, soit

trimestriellement. Pour ces cotisants, les cotisations d'assurance retraite seront donc appelées en même temps que leurs cotisations déjà acquittées en URSSAF, ce qui supprime le gain de trésorerie lié au décalage du paiement au 15 octobre. Afin de faciliter cette transition, la CIPAV incitera les indépendants concernés à opter pour la mensualisation de paiements d'ici 2023. En 2023, un accompagnement sera mis en place pour tenir compte des éventuels impacts sur leur profil de trésorerie.

La CIPAV envisage une modification des modalités de calcul, d'assiette et de choix d'option de ses cotisations sociales, indépendante du transfert lui-même, afin de tendre vers l'application d'un taux proportionnel aux revenus des cotisants comme cela est déjà le cas pour l'ensemble des autres cotisations. Ces modalités pourront plus facilement être prises en compte par les URSSAF et au sein du système d'information de l'ACOSS.

La mesure définit également, pour les professionnels libéraux, les modalités selon lesquelles ils devront régler leurs cotisations durant la période de transition c'est-à-dire durant la période où l'URSSAF reprendra le recouvrement mais où la CIPAV devra assurer en même temps l'appel des éventuelles régularisations des cotisations dues au titre des années antérieures :

- Après des URSSAF pour toute cotisation calculée et recouvrée à partir de 2023 dans le système d'information des URSSAF ;
- Après du centre de gestion URSSAF localisé à la CIPAV pour tout débit de cotisations antérieures à 2023 et calculé à partir du système d'information mis à disposition par la CIPAV.

Concrètement, au 1^{er} janvier 2023, le professionnel libéral règlera le solde de ses cotisations vieillesse de base, complémentaire et invalidité décès dues au titre des années antérieures à 2023 auprès du centre de gestion URSSAF localisé à la CIPAV et ses autres cotisations auprès de l'URSSAF. En cas de débit de cotisations vieillesse de base, complémentaire et invalidité décès antérieures à l'année 2023, il continuera donc à régler ses cotisations selon deux modes opératoires différents en fonction des appels de cotisations qui lui ont été préalablement transmis.

Au second semestre 2023, à l'issue de sa déclaration sociale unifiée sur les revenus 2022, le professionnel recevra un échéancier qui comportera à la fois les cotisations et contributions dues jusqu'alors auprès de l'URSSAF, les cotisations de retraite de base, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès pour 2023 préalablement dues à la CIPAV sans toutefois les éventuelles régularisations de cotisations de retraite de base et de retraite complémentaire dues pour 2022 qui seront appelées par le centre de gestion URSSAF localisé à la CIPAV à partir du système d'information mis à disposition par la CIPAV.

En 2024, le professionnel libéral recevra un échéancier unique couvrant l'ensemble de ses cotisations et contributions sociales sans exception (dont les cotisations régularisées de retraite de base, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès pour l'année 2023 calculées au second semestre 2024 dans le système d'information des URSSAF à l'issue de la réception de la déclaration sociale unifiée). A compter de 2024, le professionnel libéral n'aura donc plus qu'un seul prélèvement regroupant l'ensemble de ses cotisations et contributions sociales.

Si le transfert du recouvrement des cotisations de la CIPAV aux URSSAF peut être effectué à périmètre et modalités de calcul inchangés, cette opération sera davantage facilitée si les modalités de calcul, d'assiette et de choix d'option sont rapprochées afin de permettre un prélèvement unique et lisible pour les cotisants. A ce titre, la CIPAV a entamé une démarche pour réformer son régime de retraite complémentaire et son régime invalidité-décès. Il est prévu que ce projet de réforme entre en vigueur en 2023, en même temps que le transfert du recouvrement.

• Clarifier le périmètre du système de reversement des cotisations dues

La mesure proposée a pour objet de modifier le périmètre d'application de la mesure pour prévoir l'exclusion :

- Des recettes collectées sur les travailleurs indépendants, compte tenu du lien entre les cotisations effectivement payées et l'ouverture des droits sociaux, en particulier à la retraite ou encore à la formation professionnelle. En effet, dans ce cas, il convient que seules les sommes effectivement encaissées soient notifiées et comptabilisées comme produits par les attributaires et cela, au niveau individuel ;
- De la CSG, de la CRDS, et des recettes collectées au bénéfice des régimes intégrés au régime général et du FSV, en raison de la proximité financière de leurs attributaires avec l'ACOSS, ainsi que du FNAL qui relève du budget de l'Etat. En effet, quel que soit le mécanisme mis en place pour les caisses du régime général, les charges liées au non-recouvrement sont déjà nécessairement imputées *in fine* sur les différentes branches.

Comme en matière de frais de gestion, les règles applicables à la détermination des taux de non-recouvrement devront être établies par décret en Conseil d'Etat. Ce décret définira les règles uniformes de calcul des taux forfaitaires de non-recouvrement pour les attributaires qui seront appliquées, y compris pour les nouveaux transferts, en tenant compte du taux moyen de non-recouvrement l'année précédant celui-ci et de prévoir que ces frais sont fixés par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget.

Le contexte actuel de la crise sanitaire ainsi que les niveaux de recouvrement actuels de certains partenaires justifient de ne pas limiter le taux maximal de frais de non-recouvrement à 3,60 % comme envisagé initialement. En effet, certains taux actuels sont supérieurs. Si cette limitation était appliquée, la sécurité sociale supporterait dans certains cas une charge indue, au bénéfice de certains partenaires des URSSAF.

Par ailleurs, il apparaît également nécessaire de **préciser les règles d'affectation des majorations et pénalités de retard aux attributaires**, pour prévoir leur affectation au régime général sur la base de clés fixées par arrêté. En effet, dans la mesure où le régime général supportera, du fait du mécanisme de reversement des sommes dues, les aléas de trésorerie liés au non-paiement des cotisations dues à la date prévue, en garantissant les attributaires contre le risque de variation liée aux délais de paiement consentis aux redevables, il est justifié que le produit des majorations et pénalités de retard lui soit affecté.

En outre, pour les recettes déjà recouvrées par les URSSAF et comprises dans le champ d'application du dispositif, il convient de **prévoir explicitement le fondement de la reprise par l'ACOSS des créances antérieures**, au bénéfice des attributaires de ces recettes. En effet, la mise en place d'un reversement aux attributaires sur la base des sommes

dues à partir de 2022 conduit à basculer le financement du stock de créances antérieures dans ce mécanisme, en prévoyant leur reprise financière par l'ACOSS directement. Ces dispositions précisent également les modalités de leur évaluation financière, en prévoyant qu'elle correspond à la valeur recouvrable des créances telle qu'inscrite dans les comptes, et de leur paiement (avec la faculté d'un paiement fractionné pour limiter le montant de l'avance en trésorerie afférente pour l'ACOSS).

Enfin, dans le cadre du transfert du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire aux URSSAF, il est nécessaire **d'unifier les dispositions juridiques relatives à la compensation** par l'ACOSS de la réduction générale de cotisations patronales à l'Agirc-Arrco et l'UNEDIC, pour ce qui concerne la part imputée respectivement sur les cotisations de retraite complémentaire et sur les contributions d'assurance chômage. Les dispositions du code du travail relatives aux conventions entre l'ACOSS et l'UNEDIC doivent également être mises à jour pour tenir compte des nouvelles dispositions sur le reversement des cotisations dues précitées.

• **Extension de l'alignement des règles sociales et fiscales d'affectation des paiements partiels aux micro-entrepreneurs**

Il est proposé, conformément à l'article 31 de la LFSS pour 2021, que la règle d'imputation des cotisations et contributions sociales en cas de paiement partiel soit définie à l'article L. 613-9 du code de la sécurité sociale pour les micro-entrepreneurs de la même manière que pour les autres impôts à la seule différence que l'affectation se fera en priorité à l'impôt sur le revenu recouvré par les URSSAF et CGSS dans le cadre du versement libératoire.

b) Autres options possibles

Un *statu quo* concernant la CIPAV serait opérationnellement envisageable à court terme. Il consisterait néanmoins à maintenir deux interlocuteurs différents pour les affiliés ainsi que des frais de gestion qui peuvent être évités en rationalisant le recouvrement, d'autant qu'il serait nécessaire de refondre une part importante du système d'information de la CIPAV dédié au recouvrement. L'espérance de recouvrement, déterminante pour l'ouverture des droits à la retraite, serait également amoindrie dans ce scénario en dépit des améliorations observées à la CIPAV ces dernières années. En outre, l'initiative de la CIPAV de réformer le barème de paiement des cotisations sociales constitue une opportunité pour prévoir le transfert de l'activité de recouvrement, qui s'en trouve grandement facilité.

S'agissant de la clarification du périmètre du dispositif de reversement des sommes dues, l'absence de mesure maintiendrait le périmètre actuel des attributaires bénéficiaires du dispositif, renvoyant à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer ce périmètre au fil du temps. La mesure proposée permet de définir une ligne directrice, déterminant ce qui relève d'un reversement en fonction des encaissements et ce qui relève d'un reversement en fonction des sommes dues, ainsi que les attributaires de ces dispositifs d'après le périmètre actuel ou à venir des sommes recouvrées par les URSSAF.

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

La mesure proposée relative à la CIPAV porte les attributions des URSSAF en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales de régimes de base de sécurité sociale. Elle se rattache, à ce titre, directement au 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions relatives au reversement des sommes dues aux attributaires des URSSAF ainsi qu'à l'affectation des majorations et pénalités sont relatives aux modalités de recouvrement et d'affectation des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et se rattachent également au 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. En leur sein, les dispositions relatives aux modalités d'affectation des pénalités et majorations ont un effet sur les recettes du régime général et se rattachent au 1° du B du IV de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

Pour la mesure de transfert du recouvrement des cotisations de la CIPAV :

- modification des articles L. 213-1, L.641-8, et L. 642-5 du code de la sécurité sociale ;
- création d'un article L. 640-2 du code de la sécurité sociale.

Pour la modification du périmètre du reversement des sommes dues et l'affectation des majorations et pénalités de retard :

- modification des articles L. 225-1-1 et L. 225-1-5 du code de la sécurité sociale ;
- modification de l'article L. 5422-16 du code du travail.

Pour la précision apportée à l'affectation des paiements partiels de micro-entrepreneurs, modification des articles L. 133-4-11 et L. 613-9 du code de la sécurité sociale.

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 directement applicable
Mayotte	Mesure directement applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable sauf celle sur le transfert de recouvrement cotisations CIPAV qui est applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Pour le transfert du recouvrement des cotisations de la CIPAV, la présente mesure n'aura aucune incidence financière directe pour la CIPAV ni pour le régime général.

Cependant, l'expérience probante du transfert des missions de l'ex-RSI vers les organismes du régime général pourrait se traduire, s'agissant du transfert du recouvrement aux URSSAF des cotisations actuellement recouvrées par la CIPAV, par deux types de gains qu'il ne semble cependant pas envisageable d'évaluer de manière fiable *a priori* :

- Une amélioration de la performance du recouvrement (et donc une diminution des pertes pour créances irrécouvrables). Le taux de restes à recouvrer des URSSAF apparaît particulièrement bas (de l'ordre de 5 % au 31 décembre de l'année, sur les années 2017 à 2019 pour les travailleurs indépendants, alors que les mêmes taux constatés pour la CIPAV, certes en notable amélioration depuis le redressement de l'organisme engagé en 2015, sont clairement moindres. Les niveaux de recouvrement représentaient 75 % pour 2015, 80 % pour 2016, 87 % pour 2017, 82 % pour 2018, 83 % pour 2019 et 80 % pour 2020.
- Des économies de gestion substantielles, du fait des redondances actuelles entre CIPAV et URSSAF. Le système d'information de la CIPAV pour le recouvrement de ses cotisations, par ailleurs peu robuste, serait abandonné au profit du système d'information des URSSAF, déjà utilisé pour le recouvrement des autres

cotisations et contributions de ces professionnels. Le coût de rénovation du système de la CIPAV, ainsi évité, n'a pas été estimé mais représente une réelle économie puisque cette rénovation aurait été nécessaire.

Sur le modèle appliqué par la DGFIP avec les organismes sociaux et les collectivités territoriales, l'ACOSS reversera directement à certains de ses attributaires les sommes dues par les cotisants, telles que traduites en comptabilité sur la base des déclarations effectuées, fiabilisées et contrôlées, après application d'un taux forfaitaire réduit représentatif des charges de non-recouvrement.

Ce modèle simple et lisible donne aux attributaires des recettes une visibilité renforcée de leurs ressources en assurant par principe un lien entre les montants déclarés par les entreprises et les sommes reversées par l'ACOSS, sans nécessité de prise en compte des impayés, des délais de paiement et des rythmes infra ou supra-mensuels de recouvrement des sommes dues. La mesure neutralise donc pour les attributaires les aléas de gestion de trésorerie liées au recouvrement des cotisations. L'économie ou le surcoût pour les attributaires ne peut être évalué sans connaître les taux de recouvrement des années futures. Néanmoins, du fait de la méthode de détermination des taux forfaitaires de non-recouvrement, reposant sur des tendances longues et révisés tous les 5 ans, la neutralité globale est recherchée.

Par conséquent, les partenaires des URSSAF ne supporteront plus de coûts liés au paiement en retard des contributions qui leur sont dues. L'ensemble de ces charges sera supporté par le régime général de sécurité sociale. Celui-ci sera donc affectataire de la part des majorations et pénalités de retard antérieurement affectées aux partenaires. En 2019, les majorations réellement encaissées et affectées aux attributaires autres que le régime général représentaient environ 50 M€. Ce montant ne tient pas compte, pour l'avenir, ni des effets de la crise (absence ou quasi de majorations en 2020 et 2021) ni de l'application entière de la loi ESSOC tendant également à une réduction des majorations de retard émises.

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

a) Impacts économiques

La mesure du transfert vers les URSSAF du recouvrement des cotisations CIPAV s'inscrit pleinement dans l'action du Gouvernement visant la réduction des démarches administratives des travailleurs indépendants, afin de leur permettre de se recentrer sur leur activité professionnelle et ainsi d'améliorer la compétitivité de leurs entreprises.

b) Impacts sociaux

La mesure du transfert vers les URSSAF du recouvrement des cotisations CIPAV prévoit par les URSSAF la reprise des personnels de la CIPAV actuellement en charge du recouvrement des cotisations et de certains des personnels affectés aux fonctions support, ainsi que le transfert de leur contrat de travail, à l'image des transferts de personnels initiés dans le cadre de la suppression du RSI et de la reprise des activités par le régime général.

Les autres personnels de la CIPAV ne sont pas concernés par ce transfert, les activités qu'ils exercent continuant à être assurées par l'organisme.

- **Impact sur les jeunes**

Non concerné

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

Non concerné

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental

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

Non concerné

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

- **Transfert vers les URSSAF du recouvrement des cotisations de retraite de base et complémentaire et d'invalidité décès à ce stade opéré par la CIPAV**

Les 210 000 professionnels libéraux affiliés à la CIPAV disposeront d'un seul interlocuteur social : l'URSSAF. Outre la simplicité déclarative, les cotisants recevront à compter du 1^{er} janvier 2023 un seul avis d'échéance intégrant la totalité des cotisations et contributions de sécurité sociale qu'ils acquitteront par un paiement à un seul opérateur : l'URSSAF, selon les rythmes et modalités habituels de paiement.

Ils bénéficieront par ailleurs à partir de cette même date d'une baisse du nombre de leurs interlocuteurs en cas de difficultés, tant sur le champ du recouvrement amiable que forcé.

En adossant le dispositif de recouvrement au SI des URSSAF, ils pourront par ailleurs bénéficier, sur la totalité du périmètre des cotisations qu'ils acquittent, d'un panel d'offres de services plus large que ceux actuellement ouverts dans le système d'information de la CIPAV.

• **Extension du rapprochement de recouvrement social et fiscal aux micro-entrepreneurs**

Aucun impact sur les assurés et leurs démarches étant donné que les URSSAF appliquent déjà cet ordre d'imputation. Il s'agit donc d'une mise en cohérence des textes.

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

• **Transfert vers les URSSAF du recouvrement des cotisations de retraite de base et complémentaire et d'invalidité-décès aujourd'hui opéré par la CIPAV**

Pour l'ACOSS, ce transfert de recouvrement aura des impacts mesurés dès lors que leur système d'information est conçu pour cette activité de recouvrement, s'adapte actuellement à une gestion individuelle des cotisations et que tous les cotisants concernés possèdent déjà un compte URSSAF pour le recouvrement des cotisations qu'ils acquittent auprès de ces organismes. Le transfert envisagé passera donc concrètement par l'ajout sur leur compte de trois cotisations complémentaires qui sont à ce stade recouvrées par la CIPAV, à savoir les cotisations de retraite de base, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès.

• **Clarifier le périmètre du système de reversement des cotisations dues**

Les systèmes d'information des URSSAF devront être adaptés au niveau des paramètres d'affectation des encaissements.

• **Extension du rapprochement de recouvrement social et fiscal aux micro-entrepreneurs**

Aucun impact compte tenu que les URSSAF appliquent déjà cet ordre d'imputation. Il s'agit donc d'une mise en cohérence des textes.

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

• **Transfert vers les URSSAF du recouvrement des cotisations de retraite de base et complémentaire et d'invalidité-décès à ce stade opéré par la CIPAV**

Pour l'ACOSS, en termes de ressources humaines, les personnels de la CIPAV en charge du recouvrement des cotisations et certains personnels affectés au service support seront transférés vers les URSSAF, à l'image des transferts de personnels initiés dans le cadre de la suppression du RSI et de la reprise des activités par le régime général. Les autres personnels de la CIPAV ne sont pas impactés par ce transfert.

Pour la CIPAV, des gains de trésorerie sont donc attendus du fait de la hausse du taux de recouvrement grâce au déploiement des outils URSSAF sur ces cotisations. (Aujourd'hui 1,4 Md€ sont collectés par la CIPAV pour un taux de recouvrement de 82 %. Avec ce transfert, il est envisagé un taux de recouvrement proche de 95 %).

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

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

Pour la mesure relative au transfert de recouvrement des cotisations CIPAV aux URSSAF :

- Textes réglementaires relatifs à l'ajout des cotisations collectées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
- Textes réglementaires relatifs aux missions de la CIPAV ;
- Textes réglementaires liés aux régimes CIPAV (décrets 79/262 et 79/263) ;
- Textes réglementaires relatifs à la CNAVPL ;
- Décret relatif à la création du COPIL de suivi du projet du transfert de recouvrement ;
- Statut de la CIPAV.

Pour la modification du périmètre du reversement des sommes dues et les mesures associées :

- Décret en Conseil d'Etat fixant les modalités de calcul des frais de gestion et des taux de non-recouvrement et arrêté fixant les taux.

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 relatives au transfert du recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse dues à la CIPAV seront mises en œuvre au 1^{er} janvier 2023.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

• Transfert vers les URSSAF du recouvrement des cotisations de retraite de base et complémentaire et d'invalidité décès à ce stade opéré par la CIPAV

Des campagnes de communication auprès des travailleurs indépendants concernés afin d'accompagner la mise en œuvre de ce transfert seront mises en œuvre par les URSSAF et la CIPAV.

d) Suivi de la mise en œuvre

• Transfert vers les URSSAF le recouvrement des cotisations de retraite de base et complémentaire et d'invalidité décès à ce stade opéré par la CIPAV

Le projet de transfert sera piloté par un comité de pilotage *ad hoc*, associant l'Administration ainsi que les organismes directement concernés : ACOSS et CIPAV.

Ce transfert sera suivi dans le cadre de la gouvernance du projet global de centralisation du recouvrement fiscal et social.

Les différents indicateurs inscrits dans le cadre de la Convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS permettront de disposer d'informations chiffrées sur le suivi de la mise en œuvre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-4-11 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 133-4-11 modifié du code de la sécurité sociale
<p>En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales, le paiement est prioritairement imputé sur la créance due au principal, puis le cas échéant sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice. Pour l'affectation du paiement partiel aux sommes dues à titre principal, les cotisations et contributions salariales sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux autres cotisations et contributions dans des conditions fixées par décret. Les cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants sont prélevées selon un ordre fixé par décret.</p>	<p>En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales, le paiement est prioritairement imputé sur la créance due au principal, puis le cas échéant sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice. Pour l'affectation du paiement partiel aux sommes dues à titre principal par les employeurs, les cotisations et contributions salariales sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux autres cotisations et contributions dans des conditions fixées par décret. Les cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants sont prélevées selon un ordre fixé par décret.</p>
<p>Article L. 213-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2022</p>	<p>Article L. 213-1 modifié du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2022</p>
<p>I.-Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>4° Le recouvrement des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-3, L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code 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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p>	<p>I. Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>2° bis Par dérogation au 2°, 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 les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article ;</p> <p>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 ;</p> <p>4° Le recouvrement des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-3, L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code et L. 137-10 à L. 137-17 du présent code, L. 813-4 du code de la construction et de l'habitat 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</p>

<p>7° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ;</p> <p>8° Le contrôle des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I, sauf pour les éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme ;</p> <p>9° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 dans le domaine de l'action sociale visant à faciliter le règlement des cotisations et contributions sociales.</p> <p>II. (sans changement)</p>	<p>général des collectivités territoriales dues par les personnes ne relevant pas des régimes de protection sociale agricole ;</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p align="center">Article L. 225-1-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 225-1-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° (Abrogé)</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent.</p> <p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Pour les cotisations mentionnées aux articles L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail. Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux</p>	<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° (Abrogé)</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent.</p> <p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Pour les cotisations mentionnées aux articles L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail.</p> <p><i>Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celles affectées aux</i></p>

<p>autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, 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, si ce taux est inférieur.</p> <p>Sans préjudice de l'application des troisième à septième 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.</p> <p>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.</p> <p>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 ;</p> <p>6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.</p> <p>7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 ;</p> <p>7° bis De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées 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 ;</p> <p>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.</p>	<p>branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>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 ;</p> <p>b) Pour les contributions mentionnées aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;</p> <p>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 ;</p> <p>d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 ainsi que la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;</p> <p>e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;</p> <p>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.</p> <p>Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, 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, si ce taux est inférieur.</p> <p>Sans préjudice de l'application des troisième à septième 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.</p> <p>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.</p> <p>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 ;</p> <p>6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.</p> <p>7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 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 ;</p> <p>7° bis De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées 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 ;</p>
---	---

	<p>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 sur les 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 ainsi qu'à ceux mentionnés aux a, b, d, e et f de l'article L. 5427-1 du code du travail ;</p> <p>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.</p>
<p>Article L. 225-1-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 225-1-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.</p> <p>II.-Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.</p> <p>La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des a, b, d, e et f du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.</p> <p>II.-Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.</p> <p>La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des a, b, d, e et f du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.</p>	<p>I.-Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.</p> <p>II.- Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.</p> <p>La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des a, b, d, e et f du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.</p> <p>II.-Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.</p> <p>La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des a, b, d, e et f du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.</p> <p>Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et pénalités dues par les redevables est réparti entre les branches du régime général de sécurité sociale dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 613-9 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 613-9 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>L'affectation des sommes recouvrées au titre des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 s'effectue par priorité à l'impôt sur le revenu puis, dans des</p>	<p>L'affectation des sommes recouvrées au titre des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 s'effectue par priorité à l'impôt sur le revenu puis, dans des</p>

<p>proportions identiques, aux contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Le solde est affecté aux cotisations de sécurité sociale selon un ordre déterminé par décret.</p>	<p>proportions identiques, aux contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Le solde est affecté aux cotisations de sécurité sociale selon un ordre déterminé par décret. En cas de recouvrement partiel, les cotisations et contributions sont prélevées dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-11.</p>
	<p>Article L. 640-2 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Pour l'application des dispositions du présent titre aux 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 les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article qui ne relèvent pas des dispositions mentionnées à l'article L. 613-7 du présent code, les cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 sont recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1.</p> <p>Les cotisations et contributions sociales susmentionnées sont affectées :</p> <p>1° À la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales pour la cotisation mentionnée à l'article L. 642-1 qui procèdera à sa répartition conformément aux dispositions de l'article L. 642-5 ;</p> <p>2° À la section professionnelle mentionnée au premier alinéa pour les cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 644-1 et L. 644-2.</p> <p>Une convention conclue entre les organismes mentionnés aux 1° et 2° du présent article ainsi que ceux mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale, définit les modalités d'affectation.</p>
<p>Article L. 641-8 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 641-8 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Le contrôle de l'application par les travailleurs indépendants des dispositions du présent titre est confié aux caisses et sections professionnelles relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées à l'article L. 640-1.</p> <p>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 caisses les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>	<p>Sous réserve du 2° bis de l'article L. 213-1 et de l'article L. 640-2, le contrôle de l'application par les travailleurs indépendants des dispositions du présent titre est confié aux caisses et sections professionnelles relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées à l'article L. 640-1.</p> <p>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 caisses les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>
<p>Article L. 642-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 642-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les sections professionnelles assurent, pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, le recouvrement des cotisations prévues à</p>	<p>Sous réserve du 2° bis de l'article L. 213-1 et de l'article L. 640-2, les sections professionnelles assurent, pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des</p>

<p>l'article L. 642-1. Elles transfèrent le produit de ces cotisations à la Caisse nationale selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>Les sections professionnelles peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 613-7.</p> <p>Pour le calcul et le recouvrement des cotisations sociales prévues à l'article L. 642-1, les sections professionnelles peuvent recevoir des données transmises par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>[...]</p>	<p>professions libérales, le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 642-1. Elles transfèrent le produit de ces cotisations à la Caisse nationale selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>Les sections professionnelles peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 613-7.</p> <p>Pour le calcul et le recouvrement des cotisations sociales prévues à l'article L. 642-1, les sections professionnelles peuvent recevoir des données transmises par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>[...]</p>
<p>Article L. 5422-16 actuel du code du travail</p>	<p>Article L. 5422-16 nouveau du code du travail</p>
<p>Les contributions prévues aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9 ainsi qu'aux articles L. 5422-11 et L. 5424-20 sont recouvrées et contrôlées par les organismes chargés du recouvrement mentionnés à l'article L. 5427-1 pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à ce même article, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. Pour l'application des dispositions prévues aux articles L. 1233-66, L. 1233-69 ainsi qu'aux a et e de l'article L. 5427-1, le directeur de Pôle emploi dispose de la faculté prévue à l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale. Les différends relatifs au recouvrement de ces contributions relèvent du contentieux de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent :</p> <p>1° Les contributions dues au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural sont recouvrées et contrôlées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles obligatoires, dans des conditions définies par convention entre l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;</p> <p>2° Les différends relatifs au recouvrement des contributions dues au titre de l'emploi de salariés à Saint-Pierre-et-Miquelon relèvent de la compétence des juridictions mentionnées à l'article 8 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.</p> <p>Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 précise les conditions garantissant à ce dernier la pleine autonomie de gestion, notamment de sa trésorerie grâce à une remontée quotidienne des fonds, ainsi que l'accès aux données nécessaires à l'exercice de ses activités. Elle fixe également les conditions dans lesquelles est assuré le suivi de la politique du recouvrement et définit les objectifs de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Elle prévoit enfin les modalités de rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.</p>	<p>Les contributions prévues aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9 ainsi qu'aux articles L. 5422-11 et L. 5424-20 sont recouvrées et contrôlées par les organismes chargés du recouvrement mentionnés à l'article L. 5427-1 pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à ce même article, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. Pour l'application des dispositions prévues aux articles L. 1233-66, L. 1233-69 ainsi qu'aux a et e de l'article L. 5427-1, le directeur de Pôle emploi dispose de la faculté prévue à l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale. Les différends relatifs au recouvrement de ces contributions relèvent du contentieux de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent :</p> <p>1° Les contributions dues au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural sont recouvrées et contrôlées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles obligatoires, dans des conditions définies par convention entre l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;</p> <p>2° Les différends relatifs au recouvrement des contributions dues au titre de l'emploi de salariés à Saint-Pierre-et-Miquelon relèvent de la compétence des juridictions mentionnées à l'article 8 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.</p> <p>Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 précise les conditions garantissant à ce dernier la pleine autonomie de gestion, notamment de sa trésorerie grâce à une remontée quotidienne des fonds, ainsi que l'accès aux données nécessaires à l'exercice de ses activités. Elle fixe également les conditions dans lesquelles est assuré le suivi de la politique du recouvrement et définit les objectifs de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Elle prévoit enfin les modalités de rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.</p> <p>Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 précise les conditions garantissant à ce dernier la pleine autonomie de gestion. Elle régit les relations financières entre les deux organismes dans le cadre fixé par l'article L. 225-</p>

	<p>1-1 du code de la sécurité sociale, en fixant des modalités de reversement de recettes affectées à l'assurance chômage de manière à assurer la neutralité des flux financiers pour la trésorerie de l'organisme gestionnaire du régime et précise les données nécessaires à l'exercice de ses activités, en particulier concernant les masses salariales assujetties et les établissements cotisants. Elle fixe également les conditions dans lesquelles est assurée la vérification de l'exhaustivité des sommes dues par les employeurs et définit les objectifs de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Les modalités de rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont fixées conformément aux dispositions du même article L. 225-1-1.</p>
--	---

Article 11 – Versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne

I. Présentation de la mesure

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

1,6 million de particuliers emploient eux-mêmes près de 0,9 million de salariés, ce qui représente 460 millions d'heures de travail et 5,8 milliards d'euros de salaires nets. Si l'on prend en compte l'ensemble des modes d'intervention (emploi direct mais aussi indirect, *via* des prestataires), le secteur des services à la personne représente 3,4 millions de particuliers, 1,3 million de salariés, 850 millions d'heures de travail et 11 Md€ de masse salariale.

Le développement de ces activités est fortement encouragé par les aides mises en place par les pouvoirs publics :

- le crédit d'impôt de 50 % pour l'ensemble des services à la personne (5 Md€) et la garde d'enfant hors du domicile (1,3 Md€) applicable de manière générale ;
- les exonérations de cotisations sociales (2,3 Md€), liées soit à des conditions particulières, soit applicables de droit commun ;
- les aides versées par les départements, notamment dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA) pour près de 0,78 million de personnes âgées dépendantes (3,5 Md€) et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour près de 0,38 million de personnes handicapées (2,4 Md€) ;
- les autres aides versées par des organismes sociaux (0,9 Md€) ;
- les mesures de soutien fiscal *via* l'application de taux de TVA réduits (0,8 Md€).

À ce total s'ajoutent 0,3 Md€ de financements accordés par les employeurs, CSE, COS, CAS, CCAS, CGOS, etc. et par les mutuelles dont les financements sont entièrement défiscalisés et exclus de l'assiette des cotisations sociales.

Plusieurs modalités permettent de recourir à ces services. Ainsi, les particuliers peuvent :

- Employer directement la personne qui intervient à leur domicile pour répondre à une situation de fragilité (handicap, grand âge) ou pour répondre à des besoins du quotidien (ménage, jardinage...)
- Avoir recours à un prestataire de service qui embauche lui-même les intervenants qu'il met ensuite à disposition au domicile de ces clients particuliers et pour lesquels le placement est facturé au titre d'une prestation de service (mode dit « prestataire ») ;
- S'appuyer sur des intermédiaires (entreprises, associations, organismes publics) dont le rôle peut consister à :
 - Recruter pour le compte de ces particuliers, lesquels conservent la qualité d'employeur auprès de la personne qui intervient à leur domicile, qui ont donné mandat à l'intermédiaire pour l'accomplissement des formalités administratives ainsi que des déclarations sociales et fiscales liées à l'embauche de personnel salarié (mode dit « mandataire ») ;
 - Mettre en relation des particuliers qui emploient directement la personne qui intervient à leur domicile (mode dit « plateforme PE ») ;
 - Mettre en relation des particuliers qui recourent à des prestataires de service (mode dit « plateforme OSP »).

En outre, des émetteurs de titres spéciaux de paiement « préfinancés » peuvent intervenir entre les financeurs (employeurs ou départements notamment) et les particuliers utilisateurs de service à la personne comme modalité de paiement pour s'assurer de la bonne utilisation des aides financières.

Les aides permettant de solvabiliser le recours aux services à la personne sont perçues postérieurement au moment auquel le coût est supporté et nécessitent donc pour les ménages d'effectuer une avance de frais supérieure au reste à charge qui leur incombe au final. Ce décalage peut aller de 6 à 18 mois pour le crédit d'impôt, alors que le calendrier de versement de l'APA à domicile et de la PCH est décalé d'un mois pour le bénéficiaire lorsqu'il rémunère lui-même son salarié, et pour le service d'aide à domicile, qui perçoit directement les aides correspondantes lorsque le bénéficiaire a recours à un prestataire. S'agissant du crédit d'impôt, un dispositif d'acompte a été instauré au moment de la mise en place du prélèvement à la source pour un certain nombre de réductions et crédits d'impôts (RICI) récurrents dont le crédit d'impôt service à la personnes (CI SAP), afin de limiter le décalage financier pour les ménages (versement en janvier de chaque année de 60 % de l'ensemble des RICI dus au titre de l'année N-2, qui correspond à la dernière année connue de l'administration fiscale au moment du versement de cette avance). Ce système n'est toutefois pas satisfaisant pour les nouveaux utilisateurs de SAP ou ceux qui ont des dépenses croissantes.

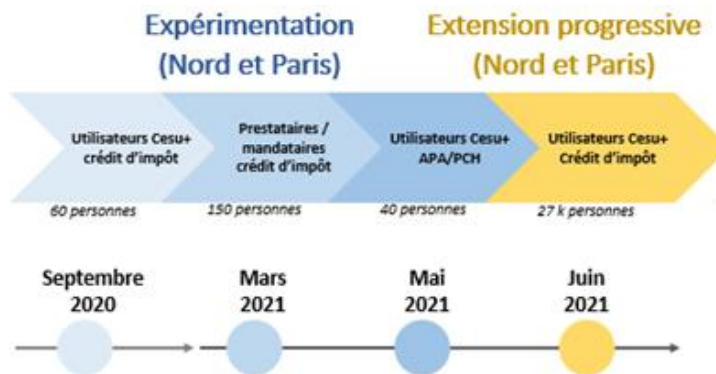
Alors même que, comme mentionné précédemment, les aides à ce secteur atteignent des niveaux particulièrement élevés, ces décalages rendent moins lisible l'action publique de soutien à ces services. L'affichage clarifié du reste à charge pour les ménages permettrait de lutter efficacement contre le travail dissimulé entre particuliers dans la mesure où les aides permettent, dans la grande majorité des cas, de rendre le travail déclaré plus avantageux financièrement que le travail dissimulé.

Afin de réduire ce délai dans de bonnes conditions techniques, une expérimentation a été prévue par l'article 20 de la LFSS pour 2020 et menée à Paris et dans le Nord depuis le mois de septembre 2020 auprès d'un échantillon réduit de particuliers volontaires pour l'utilisation d'un nouveau service en ligne entièrement dématérialisé. Dans ce dispositif, chaque usager dispose d'un « compte individuel » centralisant ses droits au crédit d'impôt service à la personnes (CI

SAP) et le cas échéant à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou à la prestation de compensation du handicap (PCH). Les aides sont immédiatement déduites des sommes prélevées au titre des salaires et des cotisations sur le compte bancaire de la personne qui a recours aux services. Il permet l'imputation immédiate des aides sociales et fiscales ne laissant que le reste à charge au bénéficiaire lors du paiement de son salarié à domicile au moyen du dispositif CESU+, ou de son prestataire de service au moyen d'un nouveau service de paiement des factures en ligne développé par l'Urssaf.

Plus concrètement, sur le dispositif CESU+ l'imputation du seul crédit d'impôt se traduit par une prise en charge intégrale de cotisations sociales et de près de 20 % de la rémunération nette du salarié (ex : pour une rémunération nette de 100 € perçue par le salarié, l'employeur ne versera en réalité que 80 €), tandis que pour les prestataires de service le crédit d'impôt se traduit par une réduction immédiate de la moitié du coût de la prestation.

Cette expérimentation a comporté plusieurs phases afin de permettre une extension progressive et une première phase de généralisation à l'échelle des deux départements, au-delà des premiers volontaires, dès juin 2021 :



- une première phase concerne, depuis septembre 2020, 60 particuliers employeurs utilisateurs de CESU+ dans les départements de Paris et du Nord qui bénéficient du CISAP contemporain ;
- une seconde phase, lancée en avril 2021, permet à 150 clients sélectionnés de 10 entreprises prestataires/mandataires de bénéficier du CISAP contemporain ;
- une troisième phase, débutée en mai 2021, permet à 40 particuliers employeurs utilisateurs de CESU+ d'expérimenter l'avance immédiate d'une aide sociale (APA domicile ou PCH) et du CISAP contemporain ;
- enfin, depuis fin juin 2021, le CISAP contemporain est ouvert à l'ensemble des particuliers employeurs utilisant CESU+ dans les deux départements.

Une ultime phase, nécessaire à l'expérimentation de l'avance immédiate d'une aide sociale (APA domicile ou PCH) et du CISAP contemporain auprès de particuliers recourant à des prestataires/mandataires, a été reportée en raison de la complexité des circuits et nécessite à ce titre une prolongation du cadre expérimental précédemment mis en place.

Les conditions et la période dans lesquelles l'expérimentation s'est tenue, marquées par la crise sanitaire, n'ont pas permis de mesurer ses effets pour les bénéficiaires de l'APA /PCH, ainsi que sur le coût des services facturés par les organismes, entreprises ou associations de service à la personne, qui devaient faire l'objet d'un rapport au Parlement. En outre, l'environnement technique complexe et l'échantillon réduit de particuliers pouvant participer à l'expérimentation ont rendu nécessaires de nombreux traitements dérogatoires pour l'ensemble des parties prenantes avant que l'expérimentation se déploie sur une population plus large à compter de juin 2021.

Néanmoins, les travaux menés dans ce cadre expérimental avec les particuliers et les organismes de service à la personne ont conduit à une amélioration notable du dispositif initialement envisagé avec notamment :

- la mise en œuvre d'une validation tacite à l'issue d'un délai de 2 jours des éléments de facturation après leur transmission de la part du prestataire ;
- la possibilité pour les particuliers de pouvoir contester ces éléments de facturation en cas d'erreur par le prestataire ;
- la délégation au prestataire du processus d'inscription de chaque particulier qui devra, quant à lui, valider l'activation de ce mode de paiement.

Enfin, l'expérimentation a permis de préparer la phase de généralisation du dispositif en anticipant les principales interrogations et difficultés rencontrées par les organismes de service à la personne, ainsi que les actions de sensibilisation, d'information et d'accompagnement des particuliers.

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

a) Mesure proposée

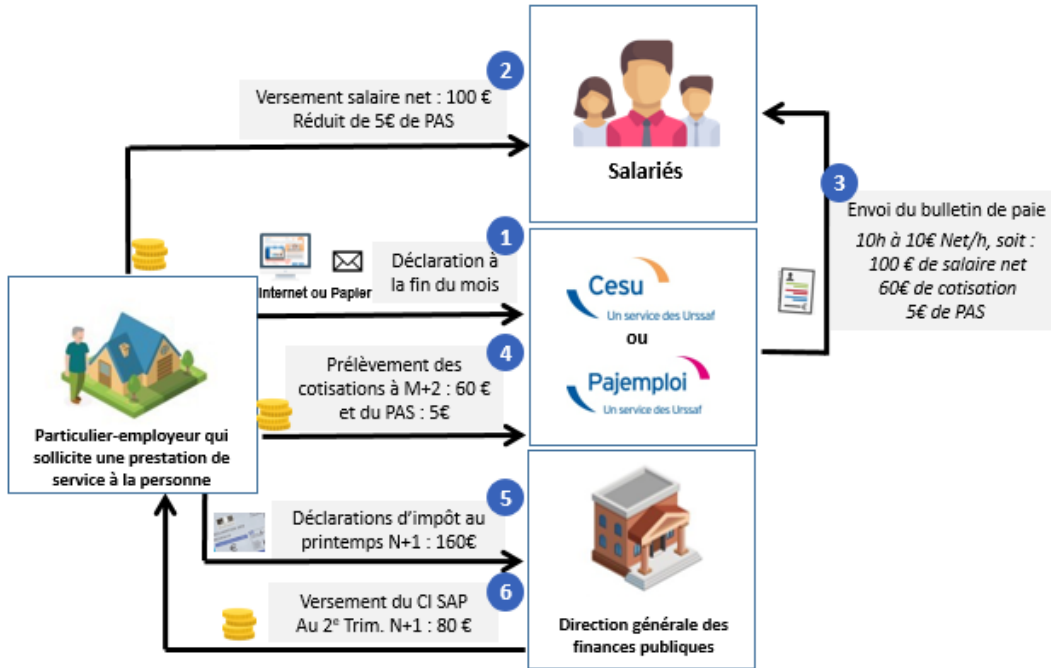
La mesure proposée consiste à simplifier les démarches accompagnant le recours aux services à la personne et vise principalement à favoriser la trésorerie des ménages ayant recours à ces services et à ceux souhaitant y recourir en annulant le décalage entre la prestation et les aides allouées et à généraliser les dispositifs mis en place à titre d'expérimentation dans le courant de l'année 2021.

Dans le cadre de la généralisation, le dispositif technique restera le même que celui testé et amélioré dans le cadre de l'expérimentation et s'adressera à tout particulier reconnu par l'administration fiscale et redevable au titre de l'impôt sur le revenu en France. Il profitera donc à tous les français souhaitant bénéficier de services à la personne, dont le champ d'intervention est très large : assistance au quotidien, petits bricolages, etc.

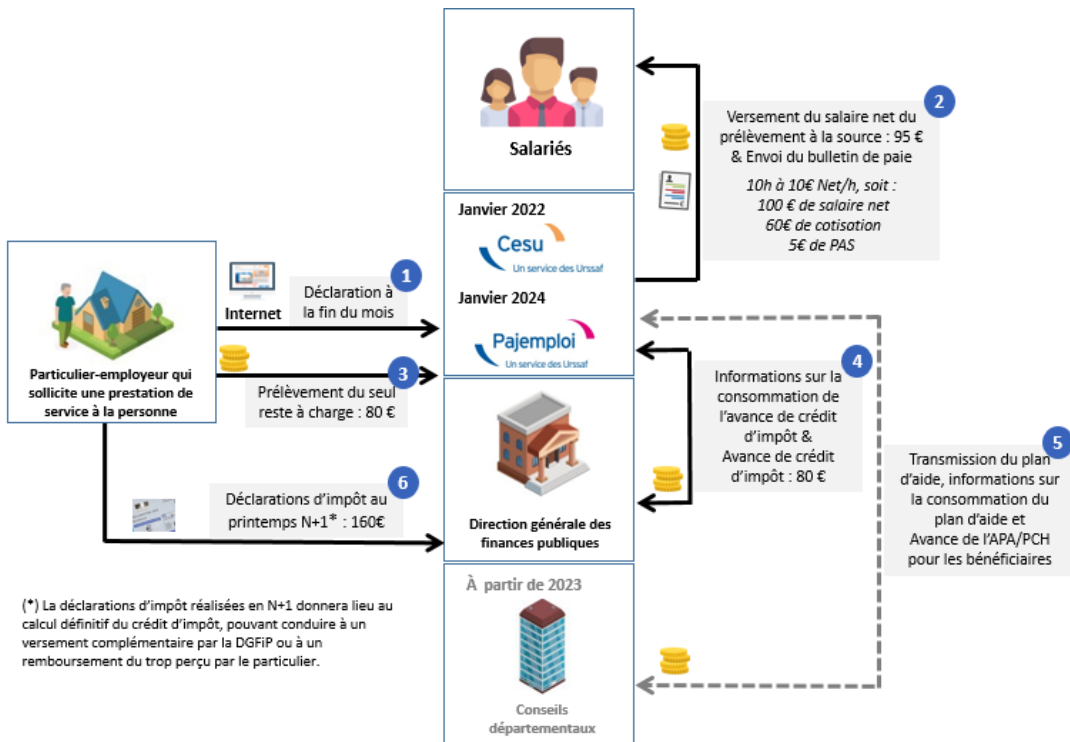
Plus concrètement deux dispositifs techniques sont mis en place pour 2022.

- Le premier directement intégré dans le dispositif CESU sera activable pour tous les particuliers-employeurs inscrits au CESU et ayant adhéré préalablement au service « CESU+ », qui nécessite l'accord du salarié, matérialisé par la création par ce dernier de son compte personnel, et la saisie de son RIB pour le paiement du salaire.

CESU :



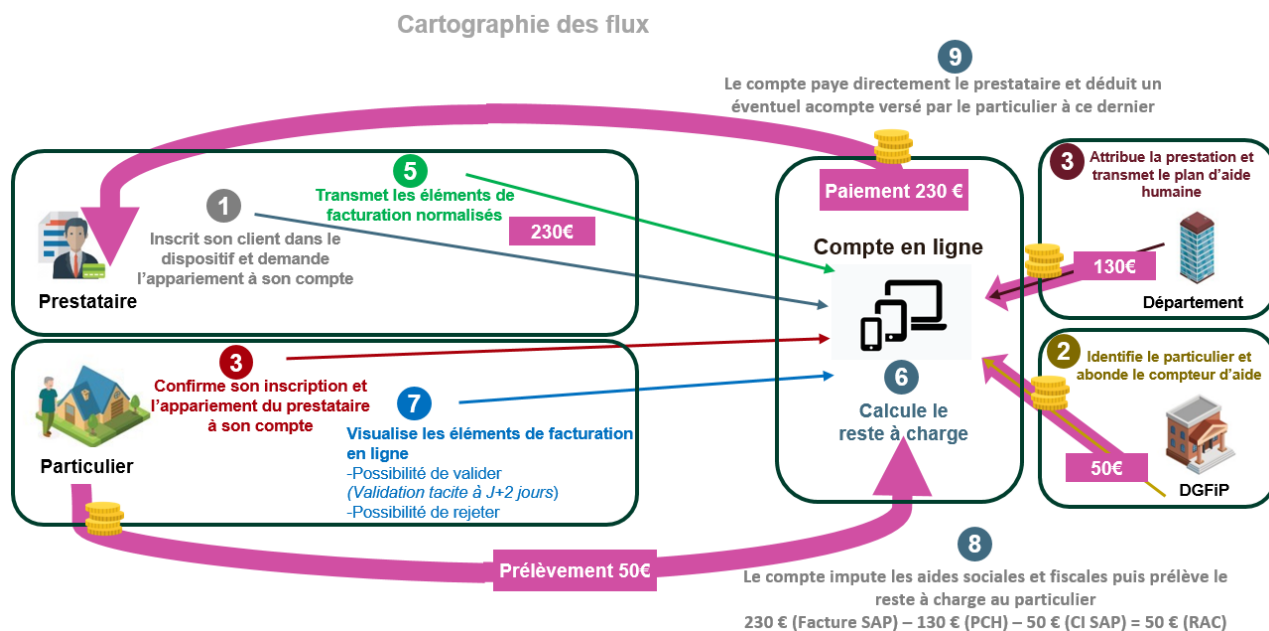
CESU+ à partir de 2022 :



(*) La déclarations d'impôt réalisées en N+1 donnera lieu au calcul définitif du crédit d'impôt, pouvant conduire à un versement complémentaire par la DGFiP ou à un remboursement du trop perçu par le particulier.

- Le second dispositif vise les particuliers recourant à des prestataires de service à la personne. Le recours à ce dispositif suppose tout d'abord la création d'un compte par le prestataire pour chacun de ses clients sur la base d'identifiants qu'il recueillera auprès de ces derniers (nom, prénom, date de naissance, adresse électronique et RIB). Dans un second temps, le particulier finalisera son inscription en ligne et validera la demande d'appariement reçue du prestataire qui permettra alors la transmission de « factures » en ligne. Dès réception d'une facture, le particulier sera informé par courriel ou SMS et pourra visualiser cette dernière sur son compte en ligne. Il disposera alors d'un délai de 48h pour la contester ou la valider. A l'issue de ce délai, la facture sera considérée comme validée, le particulier sera prélevé intégralement de son reste à charge après imputation du crédit d'impôt et le prestataire sera payé sous un délai de 5 jours à l'issue de cette période. Bien entendu, le particulier peut ensuite contester la facturation prélevée selon les règles applicables habituellement à ses relations avec son prestataire.

Nouveau dispositif simplifié de paiement des factures SAP :



Quel que soit le mode de recours, le choix de bénéficiaire de l'avance du crédit d'impôt sous forme d'aide restera optionnel et les démarches afférentes seront exclusivement dématérialisées. Le recours à ce dispositif nécessitera en outre d'améliorer l'expérience des tiers de confiance pour les personnes éloignées du numérique qui pourront le proposer dans le cadre des services d'assistance administrative à domicile, eux même éligibles au crédit d'impôt SAP.

La sécurité des données échangées est un enjeu clé du dispositif. Des vérifications de l'éligibilité du particulier en amont de son inscription aux dispositifs seront effectuées par le Centre CESU en lien avec la DGFiP et permettront de s'assurer dès l'inscription de la bonne identification des foyers fiscaux concernés et donc de l'éligibilité au crédit d'impôt. Cet échange de données a justifié une saisie de la CNIL en accord avec le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Aussi, le prestataire n'aura pas lui-même connaissance des montants des aides publiques dont peut bénéficier son client, afin d'éviter toute divulgation d'informations personnelles ou risque de captation dans les prix pratiqués. Les aides seront imputées directement sur le montant restant dû sur chaque facture émise dès lors que le caractère effectif de la prestation réalisée pourra être attesté par le particulier. Le Centre CESU paiera directement le montant restant dû au prestataire et prélèvera parallèlement sur le compte du particulier le montant correspondant, net des aides financières auxquelles il a droit.

Les évolutions techniques, modalités d'accrochage et d'appariement des systèmes d'information, nombreux et très complexes, font l'objet d'expérimentations successives afin de fiabiliser leur généralisation. Pour mettre en place l'imputation immédiate du CISAP pour les clients de prestataires, mandataires ou plateformes, une phase de test s'étendant de janvier à mars 2022 sera prévue pour que les acteurs du secteur puissent préparer la connexion de leurs outils aux systèmes d'information du CESU, accessibles exclusivement par API.

La prolongation de l'expérimentation pour l'APA à domicile et la PCH vise à assurer le bon fonctionnement technique du dispositif de centralisation des aides sociales et plus particulièrement les interactions avec toutes les parties prenantes du projet au premier rang desquels les conseils départementaux concernés et les prestataires de service volontaires. Ce volet représente en effet, au plan technique, un défi encore plus important. Cette entrée en vigueur décalée et dans un cadre expérimental permet d'envisager un déploiement progressif, dès 2022, sur les seuls particuliers-employeurs adhérents au service « CESU+ », en s'appuyant sur les flux déjà existants du « tiers payant » qui permettent la transmission par les départements des plans d'aide des bénéficiaires utilisateur du CESU.

Un déploiement progressif sera également envisageable à compter de 2023 pour les aides APA à domicile et PCH, suivant les résultats de l'expérimentation menée durant l'année 2022 pour les particuliers recourant à un prestataire. Plusieurs organisations professionnelles du secteur sont déjà associées aux travaux depuis le début de l'expérimentation. En raison de ses finalités principalement techniques, et afin de garantir un suivi personnalisé à tous les expérimentateurs, une phase de tests est requise et devra mobiliser un nombre limité d'utilisateurs. Le recrutement de ces expérimentateurs

volontaires sera effectué avec l'aide des conseils départementaux qui leur versent des prestations, des prestataires retenus, eux-aussi dans la même logique d'un nombre prédéfini, et du centre national CESU. L'ensemble des administrations concernées veilleront à leur assurer un accompagnement renforcé tout au long de l'expérimentation. L'entrée en vigueur progressive est due à la nécessité de conventionner avec chaque département pour le déploiement de ces nouvelles modalités de versement de l'APA/PCH et l'adaptation des systèmes d'information de chaque prestataire désireux de faire bénéficier à ses clients de ce nouveau service. Juridiquement, ce déploiement progressif sera matérialisé par la signature de conventions liant les départements et les administrations en charge de la mise en œuvre du dispositif technique (ACOSS, DGFIP).

L'association et l'engagement des partenaires, publics ou non, sont en effet indispensables à la réussite de la mesure. L'intervention à plus long terme de la CNSA et de l'ADF à ces travaux devrait permettre de faire évoluer cette nouvelle offre de service dans le temps, par exemple en y intégrant de nouvelles aides, légales et extra-légales, liées à la dépendance tel que l'aide-ménagère départementale et la majoration tierce personne, ou même en intégrant des moyens modernes de contrôle d'effectivité des prestations comme la télégestion et l'horodatage dès lors qu'un outil national pourrait être déployé par la nouvelle branche autonomie de la sécurité sociale.

Ce préalable est indispensable à la généralisation du dispositif intégrant les bénéficiaires des aides sociales APA et PCH facilitant leur maintien à domicile dans le cadre de la lutte contre la dépendance.

Un déploiement progressif en fonction des publics visés

La généralisation du versement immédiat du crédit d'impôt SAP sera réalisée progressivement par type de public et type d'aide à partir de 2022. Elle s'appuiera sur les travaux techniques réalisés durant l'expérimentation.

1° Dès janvier 2022, le CI-SAP contemporain pourrait être généralisé pour les particuliers employeurs recourant au service CESU +, soit 300 000 utilisateurs, et potentiellement jusqu'à 1,1 million d'utilisateurs du CESU ;

2° Le CI-SAP contemporain serait ensuite généralisé pour les prestataires et mandataires à partir d'avril 2022, soit 1,8 million de bénéficiaires potentiels supplémentaires ;

3° Dans un troisième temps, la généralisation de l'avance des aides sociales (APA/PCH) pour les particuliers-employeurs adhérant au CESU+ serait techniquement envisageable à l'été 2022 dans certains départements, soit environ 2 600 particuliers employeurs recourant au service CESU + et jusqu'à 150 000 utilisateurs potentiels du CESU ;

4° Enfin la généralisation de l'avance des aides sociales (APA/PCH) serait envisageable pour les prestataires / mandataires à partir de 2023 après une phase expérimentale préalable, et indispensable en raison de la complexité des circuits, conduite à partir du mois de septembre 2022. Elle pourra concerner jusqu'à 0,9 million de bénéficiaires.

L'entrée des bénéficiaires APA/PCH aura un impact évalué globalement à 0,4 Md€ de crédit d'impôt service à la personne dans le cadre de l'APA à domicile et 0,2 Md€ dans le cadre de la PCH. Elle nécessite une coordination accrue dans sa mise en place avec les départements ainsi que les services d'aides à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD...etc.).

La mesure proposée en PLFSS 2022 prévoit en premier lieu la généralisation de ces deux dispositifs pour les services dits de « vie quotidienne » c'est-à-dire ceux pour lesquels le particulier ne bénéficie que du crédit d'impôt et pas de prestations ou de prises en charges financières par un tiers, à l'exclusion toutefois des activités de gardes d'enfant, soit 2,2 millions de bénéficiaires.

Pour le cas des intermédiaires de particuliers-employeurs et salariés (mandataires et plateformes de mise en relation), le dispositif sera, à terme, mis en œuvre exclusivement au moyen du service « CESU+ » et permettra à cette occasion une harmonisation des services rendus aux particuliers-employeurs, ainsi qu'à leurs salariés. Néanmoins, seules la rémunération du salarié et les cotisations sociales afférentes bénéficieront du crédit d'impôt contemporain.

Par ailleurs, les premières étapes de généralisation du dispositif sur les aides sociales APA à domicile et PCH ont été partiellement mises en œuvre et les travaux doivent se poursuivre dans le cadre expérimental actuel. Ce cadre permettra de mieux appréhender la complexité de chaque chantier et la mise en place d'une norme technique partagé par l'ensemble des parties prenantes (particuliers, départements, prestataires, éditeurs de logiciel).

Le dispositif pour l'APA à domicile et la PCH s'appuie notamment sur le flux et le processus existants dans le cadre du « CESU tiers-payant », qui permet déjà aux conseils départementaux volontaires de prendre en charge directement les cotisations des bénéficiaires de ces prestations, dans le cadre des plans d'aide. Cet outil technique déjà opérationnel permettra de faciliter le déploiement du nouveau système.

Un cadre utile au versement en temps réel d'autres aides

Le dispositif technique repose essentiellement sur le « compteur » mis en œuvre par l'ACOSS pour centraliser tous les types d'aides provenant de différents financeurs et associés à un individu, afin de les déduire automatiquement du total des dépenses éligibles du bénéficiaire, soit sous forme de salaires et cotisations sociales à partir des déclarations sociales issues des offres de services simplifiés (PAJEMPLOI, CESU...), soit sous forme de factures pour lesquelles les règles de prise en charge ou d'affectation sont définies en amont avec les financeurs. Ce dispositif pourra être adapté à d'autres aides financières ou prestations sociales.

Il est donc prévu, après la généralisation du dispositif aux aides aux services à la personne, d'étendre ce service aux activités de garde d'enfant afin de pouvoir attribuer le crédit d'impôt pour frais de garde d'enfant simultanément à la prestation du complément de libre choix du mode de garde déjà contemporanéisé dans le dispositif simplifié PAJEMPLOI (0,85 million d'utilisateurs).

		Modes de recours		
		L'emploi direct entre particuliers (particulier-employeur)	L'intermédiation entre salariés et particuliers-employeurs (mandataire et plateforme)	La fourniture de prestations de services (prestataire, plateforme, mise à disposition)
Activités de services à la personne	Les activités à domicile relatives aux tâches ménagères ou familiales	janvier 2022	avril 2022	
	L'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées favorisant leur maintien à domicile	Déploiement progressif territorialisé à partir de 2023		
Activités de garde d'enfant hors du domicile	La garde d'enfant dans et hors du domicile	Déploiement à partir de 2024		

(*) déploiement techniquement possible dans les départements ayant conventionné avec l'Acoss pour le dispositif de tiers-payant CESU

b) Autres options possibles

Différentes options alternatives ont été étudiées et écartées :

- La mise en place d'une déclaration régulière par les particuliers (mensuelle ou trimestrielle) de leurs dépenses de service à la personne. Ce scénario présente de fortes contraintes en gestion pour les ménages comme pour les administrations, sans pour autant atteindre l'objectif de prise en compte immédiate des aides, dès la consommation du service ;
- Le préfinancement bancaire du crédit d'impôt, à l'instar de ce qui a été pratiqué pour le crédit d'impôt recherche. Ce scénario ferait intervenir des acteurs supplémentaires (banque) et présente notamment l'inconvénient de consacrer une partie des sommes versées par les pouvoirs publics à la rémunération de l'organisme bancaire assurant le préfinancement. Il complique en outre le circuit technique à mettre en place et le pilotage du dispositif ;
- La mise en place d'un mécanisme de tiers-payant direct avec les organismes de service à la personne sur le modèle Suédois de la « RÛT » et de la « ROT », où le prestataire déduit directement du montant de la facture la déduction fiscale du particulier. Le prestataire transmet par la suite au service des impôts la facture et le justificatif de règlement de son client pour percevoir le montant restant dû sur la facture. Ce scénario est finalement assez proche de la mesure proposée. Néanmoins il fait peser sur le prestataire l'intégralité du risque financier lié au calcul du crédit d'impôt et au paiement effectif des sommes par le particulier, y compris en l'absence d'éligibilité de ce dernier au crédit d'impôt.

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

La mesure peut être incluse dans le champ des LFSS pour deux raisons.

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 sera désormais réalisé après déduction de ces aides. La mesure relève à ce titre de la LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En outre, en organisant de nouvelles modalités de versement des prestations, et en prévoyant une avance par les organismes de sécurité sociale d'aides financières pour le compte d'autres organismes et administrations, enfin en prévoyant les modalités de remboursement des avances ainsi supportées par la sécurité sociale, cette mesure est directement relative à la trésorerie des organismes de sécurité sociale dont elle modifie notablement les conditions, et relève à ce titre de la LFSS en application du 4° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

Conformément au a du 4° à l'article 8 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a rendu la délibération n° 2021-107 du 16 septembre 2021 à l'égard du traitement des données à caractère personnel qui sera mis en œuvre.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Articles modifiés : L. 133-5-6, L. 133-5-12, L. 133-8-3, L. 133-11 du Code de la sécurité sociale et 1665 *bis* du Code général des impôts

Articles insérés : L. 133-8-4, L. 133-8-5 et L. 133-8-6 du Code de la sécurité sociale.

Articles rétablis : 1665 *ter* du Code général des impôts.

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 (Article L. 111-2 du code de la sécurité sociale)
Mayotte	Mesure non applicable L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 n'étend pas la nouvelle section créé (Article 28-11)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure sur les crédits d'impôt applicable de plein droit aux personnes domiciliées fiscalement à Saint-Barthélemy ou Saint-Martin depuis moins de 5 ans. (Article L. 111-2 du code de la sécurité sociale)
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable L'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 n'étend pas la nouvelle section créé (Article 7-3)
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable (Article 7 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004, Article 6-2 de la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999, article 1 à 5 de la Loi n° 61-814 du 29 juillet 1961, article 1-1 de la loi n°55-1052 du 6 août 1955);

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

En rythme de croisière, la mesure n'a pas d'impact sur les finances publiques dans la mesure où il s'agit d'une avance de trésorerie. Toutefois, il existe bien un surcoût temporaire pour les finances publiques dans la mesure où il y aurait un double coût durant la période de transition (dont on fait l'hypothèse ambitieuse qu'elle se situe entre 2021 et 2024) et

d'appropriation progressive du dispositif par les particuliers. En tout état de cause, la mesure n'a pas d'impact sur le solde des régimes obligatoires de base.

La chronique de coût retenue est basée sur l'hypothèse assez forte qu'à moyen terme, la montée en charge du dispositif sera complète¹ (environ 5 Md€ de dépenses) et qu'aucun effet de hausse de cette dépense ne serait induit par un effet comportemental d'augmentation des dépenses par les ménages ou d'accroissement des prix dans le secteur.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre	-	-	-	-	-
- Maladie	-	-	-	-	-
- AT-MP	-	-	-	-	-
- Famille	-	-	-	-	-
- Vieillesse	-	-	-	-	-
- Autonomie	-	-	-	-	-
(Autre : Etat, etc.) : Etat	-	-1 100	-800	-300	-1 200

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

a) Impacts économiques

Les analyses² menées en France et à l'étranger dans les domaines des services à la personne établissent un lien entre la mise en place de mécanismes de « subrogation » (ou « tiers-payant »), et la croissance de la demande. Ces dernières tendent à démontrer que le décalage dans le temps du bénéfice d'une prise en charge financière de la dépense constitue un frein à la consommation, même si le coût final pour le particulier ne change pas. Le paiement immédiat du seul reste à charge serait favorable au recours aux services à la personne et donc à la création d'emplois, régulièrement déclarés, dans ce secteur.

La généralisation du crédit d'impôt bénéficiera ainsi à près de 3,4 millions de ménages en cible, voire potentiellement davantage avec près de 1,2 million de personnes dépendantes dont 780 000 bénéficiaires de l'APA à domicile et 380 000 personnes en situation de handicap bénéficiaires de la PCH, et 850 000 parents bénéficiaires de la PAJE, le dispositif mise en place modernise le versement des prestations sociales :

- 6,4 Md€ au titre du complément mode de garde octroyés par la branche famille ;
- 5,9 Md€ au titre d'aides versées dans le cadre de l'APA à domicile et de la PCH par les départements.

Par ailleurs, le dispositif cible sera un instrument majeur dans la politique de redistribution en accélérant le versement de certaines aides publiques parmi toutes celles existantes au secteur des services à la personne :

- 6,1 Md€ au titre du crédit d'impôt selon le type de public :
 - Service du quotidien : 3,7 Md€ dont 2,2 Md€ en emploi direct et 1,5 Md€ en emploi intermédiaire ;
 - Services aux personnes âgées et handicapées : 0,9 Md€,
 - Garde d'enfant à domicile et hors du domicile : 1,5 Md€ ;
- 0,8 Md€ au titre des dépenses fiscales en matière de TVA (application de taux réduit notamment) ;
- 2,3 Md€ au titre des exonérations de cotisations sociales ;
- 0,9 Md€ au titre d'autres aides versées par les caisses de sécurité sociale (action sociale) ;
- 0,3 Md€ au titre de défiscalisation diverses accordés par les employeurs des particuliers utilisateurs.

¹ Coût annuel du CI SAP contemporain : en 2022 : 1,1 Md€ ; en 2023 : 1,9 Md€ ; en 2024 : 1,6 Md€ ; en 2025 : 0,4 Md€
Moindre dépense de CI SAP liquidé : en 2022 : 0€ ; en 2023 : -1,1 Md€ ; en 2024 : -1,9 Md€ ; en 2025 : -1,6 Md€
en 2026 : -0,4 Md€

L'impact financier global de la mesure est la différence entre les 2 séries.

² Étude sur les services à la personne dans sept pays européens (Rapport Sous-direction de la Prospective, des Études Économiques et de l'Évaluation P3E, Novembre 2011)

b) Impacts sociaux

En supprimant les avances effectuées par les ménages, à court terme dans le cas des aides fiscales et à moyen terme dans le cas des aides des conseils départementaux (en N+1), la mesure facilitera le recours aux services à la personne, à la fois pour les personnes en situation de fragilité socio-économique (handicap, grand âge...) et pour les personnes qui ont recours à des services dits « de vie quotidienne ». La mesure doit contribuer à une meilleure prise en charge des besoins sociaux en levant les freins économiques à la consommation de services (par exemple en optimisant le taux de consommation des plans d'aide), en mettant en perspective le coût réel qui inciterait à la réduction du travail non déclaré et fiabiliserait à cette occasion le calcul du crédit d'impôt au titre des services à la personne.

- **Impact sur les jeunes**

La création d'emploi peu qualifiés permettra aux jeunes les plus éloignés du monde du travail de s'inscrire dans une dynamique d'insertion et à construire leur place dans la société de façon durable.

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

La prolongation de l'expérimentation couvrira plusieurs centaines de bénéficiaires de l'APA à domicile, de la PCH et du crédit d'impôt dans les départements concernés. Elle permettra d'évaluer la mise en œuvre d'un dispositif simplifié de perception des aides sociales et fiscales pour toutes les personnes handicapées qui ont besoin d'une aide à domicile liée à leur situation de dépendance.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Les emplois dans les services à la personnes sont majoritairement occupés par des femmes¹ (87,3%) peu ou pas diplômées et travaillant à temps partiel imposé (53% déclarent ne pas avoir pu trouver d'emploi à temps plein). Les services à la personne recourent en outre davantage aux horaires atypiques et moins prévisibles notamment pour les salariés d'organismes prestataires. La réduction immédiate des coûts pour les consommateurs permettra d'accroître la demande de service et à terme la rémunération des salariés du secteur.

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

Le dispositif est entièrement dématérialisé et permettra une forte simplification pour les particuliers puisqu'il permettra de centraliser leur dépense de SAP sur un compte personnel en ligne et réduira leurs démarches pour le paiement des factures en centralisant le versement au sein d'un dispositif commun. Il évitera par ailleurs les flux financiers croisés actuellement existants qui rendent peu lisibles le coût effectif pour le particulier. Il assurera une meilleure solvabilité et un meilleur paiement des factures des services d'aides à domicile. En outre, le dispositif permettra le pré-remplissage des informations relatives aux dépenses éligibles aux CI SAP pour les usagers lors de leur déclaration de revenus.

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

La mesure nécessite des évolutions significatives des flux et des systèmes informatiques existants de l'ACOSS, de la DGFIP, des conseils départementaux concernés mais également des tiers-déclarants (plateformes de « jobbing », services mandataires) et des prestataires de services engagés dans le dispositif. Dans une moindre mesure les émetteurs de titres spéciaux de paiement préfinancés seront également impactés pour la mise en place de flux à destination de l'Acoss. Des premières évolutions ont été conduites durant la phase expérimentale en associant dès la conception un panel d'utilisateurs de services à domicile et d'acteurs volontaires du secteur des SAP (éditeurs de logiciel, départements, prestataires).

Les évolutions devront être poursuivies pour intégrer des nouvelles fonctionnalités. Le dispositif devra par ailleurs s'inscrire dans un schéma national de mise en œuvre d'un système d'information commun entre tous les départements, et la généralisation des outils de télégestion (horodatage) pour les prestataires permettant aux conseils départementaux d'effectuer un contrôle d'effectivité des prestations pour les bénéficiaire APA/PCH au moyen d'une norme commune².

¹ Etude Dares, Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ?, 9 août 2019

² La norme actuelle ESPPADOM est issue d'une démarche de standardisation des échanges d'informations entre les conseils départementaux (CD) et les services d'aide à domicile (SAAD) - pour l'aide aux personnes en perte d'autonomie: personnes âgées, handicapées... Elle permet une circulation harmonisée des informations de base liées aux prestations d'aide à domicile.

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

Des moyens dédiés seront dégagés en faveur de l'ACOSS et de l'organisme gestionnaire du CESU dans le cadre d'un dispositif de mutualisation entre caisses nationales mis en place pour les projets de transformation publique transversaux au sein de la sécurité sociale, mais également dans le cadre du plan de relance.

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 à prendre dans les 6 mois suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

La mesure intègre plusieurs jalons à un horizon de 3 ans, nécessaires à la montée en charge du dispositif.

c) Modalités d'information des cotisants

Un plan de communication national sera mis en œuvre et visera à la valorisation des avantages de l'avance immédiate de crédit d'impôt (simplicité d'utilisation, facilité de trésorerie...).

En outre, une campagne médias (Digital, Presse, Radio) pourra être envisagée, à l'instar de ce qui a été mise en œuvre lors de l'entrée en vigueur du prélèvement à la source.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le dispositif fait l'objet d'un suivi particulier dans le cadre des mesures prioritaires du plan de relance pour faire face à l'épidémie de la Covid-19. Des indicateurs spécifiques sont prévus pour suivre et évaluer le dispositif.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-5-12 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 133-5-12 modifié du code de la sécurité sociale
<p>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° 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.</p> <p>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.</p> <p>L'organisme procède au prélèvement 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.</p> <p>L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article 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, 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.</p> <p>Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant :</p> <p>1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ;</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article 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, 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.</p> <p>II.- Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article du I du présent article tient compte, le cas échéant :</p> <p>1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ;</p> <p>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</p>

	<p>conclu la convention mentionnée à l'article L. 133-8-9 du présent code ;</p> <p>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.</p> <p>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'État, 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 ;</p> <p>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'État, 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.</p> <p>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 même code.</p> <p>Pour les personnes mentionnées au 9° de l'article L.133-5-6 du présent code, la contribution visée 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.</p> <p>III.- Le prélèvement mentionné au troisième alinéa du I du présent article tient compte, le cas échéant, des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire des personnes mentionnés au 9° de l'article L. 133-5-6 du présent code.</p> <p>Le montant de ces versements ne peut pas excéder 50 % de la rémunération et des cotisations et contributions sociales dues.</p> <p>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.</p> <p>IV.- Sans préjudice des sanctions pénales applicables, l'employeur ou le salarié mentionnés qui déclarent des prestations fictives sont exclus du</p>
--	---

	dispositif dans des conditions et pour une durée fixées par voie réglementaire.
Titre III du Livre I actuel du code de la sécurité sociale	Titre III du Livre I modifié du code de la sécurité sociale
Chapitre 3 <i>bis</i> : Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales	Chapitre 3 <i>bis</i> : Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales
Section 4 actuelle : Modernisation et simplification des formalités pour les particuliers employeurs	Section 4 modifiée : Modernisation et simplification des formalités pour les particuliers <i>employeurs</i> recourant à des service à la personne
Sous-section 1 : Chèque emploi-service universel	Sous-section 1 : Chèque emploi-service universel
Article L. 133-8-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 133-8-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le montant de cette prise en charge est déterminé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions correspondantes, directement auprès de cet organisme, par le département qui sert l'allocation pour le compte de l'employeur et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret.</p>	<p>Lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le montant de cette prise en charge est déterminé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions correspondantes, directement auprès de cet organisme, par le département qui sert l'allocation pour le compte de l'employeur et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret.</p> <p>Sans préjudice des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-4, lorsque le particulier bénéficie d'une prise en charge le dispensant de faire l'avance des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré dans le cadre de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de titres spéciaux de paiement mentionnés au B de l'article L. 1271-1 du code du travail, le montant de la prise en charge relative aux cotisations et contributions sociales dues par l'allocataire pour l'emploi d'un salarié est calculé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code au vu des éléments déclarés par le particulier employeur ou les organismes mentionnés à l'article L. 7232-6 du code du travail, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de paiement des cotisations et contributions sociales directement auprès de cet organisme par le département pour le compte du particulier et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge, sont prévues par décret.</p>

	<p>Sous-section 2 rétablie : Dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne par les particuliers</p>
	<p>Article L. 133-8-4 rétabli du code de la sécurité sociale</p>
	<p>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 suivantes réalisées par des personnes morales ou entreprises individuelles adhérant à ce dispositif :</p> <p>1° Prestations de service à la personne réalisées à domicile selon les modalités prévues au 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ;</p> <p>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.</p> <p>II. – Ce dispositif permet au particulier :</p> <p>1° D'autoriser la personne morale ou l'entreprise individuelle qui réalise les prestations à déclarer à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code les sommes dues au titre des prestations qu'elle a réalisées, dont il est simultanément informé ;</p> <p>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 le particulier et le 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 ;</p> <p>3° D'autoriser l'organisme de recouvrement à prélever sur un compte bancaire les sommes nécessaires au paiement des prestations acceptées, à l'issue d'un délai de deux jours francs, après prise en compte, le cas échéant, des montants mentionnés au 3°, au 5° et au 6° du II de l'article L. 133-5-12.</p> <p>III. – Ce dispositif permet à la personne morale ou à l'entreprise individuelle qui réalise les prestations :</p> <p>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 ;</p> <p>2° De déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elle a réalisé des prestations. Le prestataire est tenu de déclarer les sommes directement reçues le cas échéant du particulier. Dans ce cas, le particulier et le prestataire en conservent les pièces justificatives dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ;</p>

	<p>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 lui dans les conditions mentionnées au 2° du présent III.</p> <p>IV. – Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec une personne morale ou 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.</p>
	<p align="center">Article L. 133-8-5 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>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 :</p> <p>1° De respecter les conditions d'agrément, de déclaration, et d'autorisation posées aux articles L. 7232-1, L. 7232-1-1 et L. 7232-1-2 du code du travail ;</p> <p>2° De ne pas avoir fait l'objet d'un constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8211-1 du code du travail au cours des cinq années précédentes ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° D'approuver la 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.</p>
	<p align="center">Article L. 133-8-6 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par décret :</p> <p>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 réalisé les prestations recouvre</p>

	<p>alors elle-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ;</p> <p>2° Sans préjudice des sanctions pénales applicables, le particulier ou la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives ;</p> <p>3° La personne qui réalise les prestations, en cas de méconnaissance des exigences résultant de la charte mentionnée au 5° de l'article L. 133-8-5.</p>
	<p align="center">Article L. 133-8-7 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Dans les cas mentionnés au 1° et au 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 produire ses observations sous un délai de trente jours, puis, en l'absence de paiement ou d'observations, les recouvre par prélèvement bancaire à l'issue du même délai. Le cas échéant, ce même organisme restitue au particulier les montants que celui-ci a versés à tort.</p> <p>Si le prélèvement mentionné à l'alinéa précédent n'a pas permis de recouvrer les sommes versées à tort, ou en cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme 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.</p> <p>Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.</p>
	<p align="center">Article L. 133-8-8 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>L'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code met les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 territorialement compétents en mesure de procéder, le cas échéant, à une compensation entre le montant des cotisations et contributions sociales leur restant dues au titre de l'emploi de salariés par la</p>

	personne qui réalise les prestations et les sommes visées au 3° du III de l'article L. 133-8-4.
	Sous-section 3 rétablie : Dispositions diverses
	Article L. 133-8-9 nouveau du Code de la sécurité sociale
	<p>En vue de déterminer et vérifier le montant des dépenses restant à la charge du particulier après application, le cas échéant, des aides mentionnées au 3° du II de l'article L.133-5-12, dans le cadre des dispositifs prévus à ce même article et à l'article L. 133-8-4, l'organisme mentionné à l'article L.225-1 conclut une convention, conforme à un modèle approuvé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, avec les collectivités qui octroient ces aides. Cette convention précise notamment :</p> <p>1° Les modalités d'échange des informations relatives aux particuliers qui bénéficient des aides, aux montants octroyés, à la nature des aides dont ils bénéficient et le cas échéant aux modalités spécifiques d'imputations de ces aides sur les dépenses du particulier ;</p> <p>2° Les modalités de remboursement, par l'organisme ou la collectivité, des montants d'aide avancés pour son compte par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 ;</p> <p>3° Les modalités d'échange des informations relatives aux personnes qui réalisent les prestations pour les particuliers bénéficiant des aides, aux montants, aux volumes et à la nature des services déclarés.</p>
	Article L. 133-8-10 nouveau du code de la sécurité sociale
	<p>Pour la prise en compte, dans le cadre du dispositif prévu aux articles L.133-5-12 et L. 133-8-4, des aides mentionnées aux 5° et 6° du II de l'article L.133-5-12, l'organisme mentionné à l'article L.225-1 et l'administration fiscale concluent une convention précisant, notamment, les modalités du remboursement de cette aide par l'Etat.</p> <p>Ils échangent les informations nécessaires à l'identification des particuliers susceptibles de bénéficier de ces aides, au calcul de cette aide, à son imputation dans le cadre des dispositifs mentionné à l'alinéa précédent, ainsi qu'à sa prise en compte ultérieure pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de ses bénéficiaires. Les données traitées, qui peuvent comporter le numéro d'identification fiscale des personnes physiques, sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3.</p> <p>Le contenu et les modalités de réalisation de ces échanges sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 133-5-6 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 133-5-6 modifié du code de la sécurité sociale
Peuvent utiliser, à leur demande, un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales ainsi que de la retenue à la source	Peuvent utiliser, à leur demande, un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales ainsi que de la retenue à la source

<p>prévue à l'article 204 A du code général des impôts auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 :</p> <p>1° Les entreprises, autres que celles mentionnées à l'article L. 7122-22 du code du travail ou dont les salariés relèvent du régime agricole ;</p> <p>2° Les associations à but non lucratif et les fondations dotées de la personnalité morale, ainsi que les associations de financement électoral mentionnées à l'article L. 52-5 du code électoral, à l'exception des associations relevant du régime obligatoire de protection sociale des salariés agricoles ;</p> <p>3° Les particuliers mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail qui emploient des salariés, à l'exception de ceux mentionnés au 4° du présent article ;</p> <p>4° Les particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfants ;</p> <p>5° Les employeurs agricoles mentionnés à l'article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>6° Les particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair ;</p> <p>7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>8° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du présent code. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent 8° ;</p> <p>9° Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec un salarié, un stagiaire aide familial placé au pair, un accueillant familial ou une personne effectuant un service mentionné au 8°, lorsqu'elles sont mandatées par ce particulier pour effectuer tout ou partie des démarches mentionnées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8.</p> <p>Lorsqu'un employeur mentionné aux 1° ou 2° adhère à un dispositif simplifié, il l'utilise pour l'ensemble de ses salariés.</p>	<p>prévue à l'article 204 A du code général des impôts auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 :</p> <p>1° Les entreprises, autres que celles mentionnées à l'article L. 7122-22 du code du travail ou dont les salariés relèvent du régime agricole ;</p> <p>2° Les associations à but non lucratif et les fondations dotées de la personnalité morale, ainsi que les associations de financement électoral mentionnées à l'article L. 52-5 du code électoral, à l'exception des associations relevant du régime obligatoire de protection sociale des salariés agricoles ;</p> <p>3° Les particuliers mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail qui emploient des salariés, à l'exception de ceux mentionnés au 4° du présent article ;</p> <p>4° Les particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfants ;</p> <p>5° Les employeurs agricoles mentionnés à l'article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>6° Les particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair ;</p> <p>7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>8° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du présent code. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent 8° ;</p> <p>9° Les personnes dont l'activité consiste à mettre en relation un particulier avec un salarié, un stagiaire aide familial placé au pair, un accueillant familial ou une personne effectuant un service mentionné au 8°, lorsqu'elles sont mandatées par ce particulier pour effectuer tout ou partie des démarches mentionnées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8.</p> <p>Lorsqu'un employeur mentionné aux 1° ou 2° adhère à un dispositif simplifié, il l'utilise pour l'ensemble de ses salariés.</p>
<p>Article 1665 bis actuel du code général des impôts</p>	<p>Article 1665 bis modifié du code général des impôts</p>
<p>Les contribuables perçoivent, au plus tard le 1er mars de l'année de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'année précédente, un acompte sur le montant des avantages fiscaux prévus à l'article 199 quater C, aux b à e du 2 de l'article 199 undecies A ainsi qu'aux articles 199 quinquies, 199 sexdecies, 199 sexvicies, 199 septvicies, 199 novovicies, 200 et 200 quater B, régularisé lors de la liquidation de l'impôt, après imputation éventuelle des différents crédits d'impôt.</p> <p>Cet acompte est égal à 60 % du montant des avantages qui leur ont été accordés lors de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'avant-dernière année. Toutefois, pour les contribuables qui relèvent du II de l'article 204 H, cet acompte est égal à 60 % de la différence entre, d'une part, la somme de ces avantages et, d'autre part, le montant de l'impôt afférent, résultant de l'application des 1 à 4 du I de l'article 197.</p>	<p>Les contribuables perçoivent, au plus tard le 1er mars de l'année de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'année précédente, un acompte sur le montant des avantages fiscaux prévus à l'article 199 quater C, aux b à e du 2 de l'article 199 undecies A ainsi qu'aux articles 199 quinquies, 199 sexdecies, 199 sexvicies, 199 septvicies, 199 novovicies, 200 et 200 quater B, régularisé lors de la liquidation de l'impôt, après imputation éventuelle des différents crédits d'impôt.</p> <p>Cet acompte est égal à 60 % du montant des avantages qui leur ont été accordés lors de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'avant-dernière année. Toutefois, pour les contribuables qui relèvent du II de l'article 204 H, cet acompte est égal à 60 % de la différence entre, d'une part, la somme de ces avantages et, d'autre part, le montant de l'impôt afférent, résultant de l'application des 1 à 4 du I de l'article 197.</p>

<p>Les contribuables peuvent demander à l'administration fiscale, avant le 1er décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle l'acompte est perçu, à percevoir un montant inférieur à celui calculé dans les conditions prévues au deuxième alinéa.</p> <p>L'acompte n'est pas versé lorsqu'il est inférieur au montant prévu à l'article 1965 L.</p>	<p>Pour l'application du deuxième alinéa, l'acompte est calculé en fonction :</p> <p>a) du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies après imputation de l'aide spécifique prévue au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle ;</p> <p>b) du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 200 quater B du présent code, après imputation de l'aide spécifique prévue au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle.</p> <p>Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du même code servie au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies du présent code.</p> <p>Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale perçue au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 200 quater B du présent code.</p> <p>Les contribuables peuvent demander à l'administration fiscale, avant le 1er décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle l'acompte est perçu, à percevoir un montant inférieur à celui déterminé dans les conditions prévues aux deuxième à septième alinéas calculé dans les conditions prévues au deuxième alinéa.</p> <p>L'acompte n'est pas versé lorsqu'il est inférieur au montant prévu à l'article 1965 L.</p>
	<p>Article 1665 ter rétabli du code général des impôts</p>
	<p>1. Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 199 sexdecies du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 sexdecies. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt.</p> <p>2. Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 200 quater B du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de</p>

	cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au premier alinéa de l'article 200 quater B. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt.
<p align="center">Article 20 actuel de LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019</p>	<p align="center">Article 20 modifié de LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019</p>
<p>I. - 1. A titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2021, 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.</p> <p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes :</p> <p>a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>b) Une aide spécifique dont le montant maximum est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Le montant de l'aide spécifique perçue s'impute sur le montant du crédit d'impôt accordé au titre des dépenses supportées pour des prestations de services mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 sexdecies du code général des impôts. Lorsque le montant de l'aide spécifique perçue par un foyer excède celui du crédit d'impôt calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. L'acompte prévu à l'article 1665 bis du même code est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique.</p> <p>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.</p> <p>II. - Pour les particuliers mentionnés au a du 2 du I, les aides et prestations mentionnées au 3 du même I sont</p>	<p>I. - 1. Dans la perspective de l'entrée en vigueur des dispositions de l'article ... de la loi n°... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2022, à titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2021 2022, 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.</p> <p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes :</p> <p>a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>b) Une aide spécifique dont le montant maximum est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Le montant de l'aide spécifique perçue s'impute sur le montant du crédit d'impôt accordé au titre des dépenses supportées pour des prestations de services mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 sexdecies du code général des impôts. Lorsque le montant de l'aide spécifique perçue par un foyer excède celui du crédit d'impôt calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. L'acompte prévu à l'article 1665 bis du même code est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique.</p> <p>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.</p>

versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

Pour les particuliers mentionnés au b du 2 du I, l'entreprise ou l'association mentionnée au même b informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont elle relève des prestations réalisées, de leur nature, de l'identité de leur bénéficiaire et du montant total dû. A moins que le particulier et l'entreprise ou l'association s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du même code, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 dudit code verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3 du I du présent article.

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 de l'aide spécifique mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'Etat à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies 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 pour une durée de deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, à la fin de cette période d'expérimentation, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies 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, 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.

II. - Pour les particuliers mentionnés au a du 2 du I, les aides et prestations mentionnées au 3 du même I sont versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

Pour les particuliers mentionnés au b du 2 du I, l'entreprise ou l'association mentionnée au même b informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont elle relève des prestations réalisées, de leur nature, de l'identité de leur bénéficiaire et du montant total dû. A moins que le particulier et l'entreprise ou l'association s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du même code, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 dudit code verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3 du I du présent article.

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 de l'aide spécifique mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'Etat à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies 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 pour une durée de ~~deux ans~~ **trois ans, sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions du b du 3 du I et du 1° du III après la fin de cette période.** Le Gouvernement remet au Parlement, à la fin de cette période d'expérimentation, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies 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, 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 12 – Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire

I. Présentation de la mesure

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

Prise sur le fondement de l'article 40 de la loi transformation de la fonction publique l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique prévoit que les employeurs publics seront tenus, comme ceux du privé, de financer au moins 50 % de la complémentaire santé de leurs agents.

Cette obligation, inscrite à l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983, s'appliquera de manière progressive dès 2024 à l'État, à mesure que les contrats de protection sociale complémentaire (relevant du dispositif dit de « référencement ») encore en vigueur arriveront à échéance et, au plus tard, en 2026 à tous les employeurs publics des trois versants de la fonction publique. Elle concernera tous les agents, sans distinction de statut, employés par un employeur public.

Par ailleurs, l'ordonnance du 17 février 2021 permet à l'employeur public de participer à des contrats de prévoyance couvrant les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès. Elle fixe, en outre, pour les employeurs publics territoriaux et à leur demande, une participation obligatoire à ces contrats à hauteur de 20 % dès 2025. Les employeurs publics territoriaux définiront leur participation aux contrats de prévoyance dans les conditions prévues par l'ordonnance.

La participation des employeurs du secteur privé au financement des contrats collectifs et obligatoires instituant des garanties de protection sociale complémentaire dont bénéficient leurs salariés est exclue de l'assiette de cotisations sociales et est assujettie au forfait social, à la CSG et à la CRDS. Elle bénéficie par ailleurs d'une déduction du revenu imposable en matière fiscale.

En l'absence de dispositions spécifiques, la participation des employeurs publics au financement de la protection sociale complémentaire des agents qu'ils emploient ne bénéficierait pas de ce régime fiscal et social favorable. La mesure d'exclusion d'assiette de cotisations sociales vise ainsi à harmoniser le régime social applicable au secteur public avec celui existant actuellement pour les contrats collectifs conclus dans le secteur privé.

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

a) Mesure proposée

1. Exclusion de l'assiette de cotisations du financement pérenne de l'employeur bénéficiant aux agents publics affiliés au régime général de la sécurité sociale

Les agents contractuels de la fonction publique ainsi que les fonctionnaires territoriaux à temps non complet dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 28 heures sont affiliés au régime général de la sécurité sociale. Ainsi, ces derniers et leurs employeurs sont redevables des cotisations sociales du régime général.

Par équité avec le secteur privé, il est prévu d'exclure de l'assiette de cotisations sociales, sous le même plafond que celui applicable à la participation de l'employeur privé à l'égard de ses salariés, la participation financière de l'employeur à une complémentaire rendue obligatoire par les accords prévus par l'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983. Cette participation restera, à l'instar des salariés du secteur privé, assujettie à la CSG, à la CRDS et au forfait social.

De même, il est prévu, pour cette participation financière, par équité avec le secteur privé, d'exonérer les employeurs publics de moins de 11 agents de forfait social et de faire bénéficier les autres employeurs publics du taux réduit de forfait social de 8 %.

La participation financière des employeurs publics aux contrats de prévoyance rendus obligatoires par accord ou arrêté bénéficiera du même régime fiscal et social.

2. Exclusion d'assiette au profit des agents publics affiliés à un régime spécial

Les fonctionnaires, magistrats, militaires et ouvriers de l'Etat sont affiliés à un régime spécial défini par l'article L. 71 1-1 du code de la sécurité sociale. Le dernier alinéa de cet article délègue au pouvoir réglementaire la fixation des règles qui s'appliquent aux régimes spéciaux, notamment en matière de cotisations.

Les cotisations des fonctionnaires de l'Etat sont cependant en partie régies par des dispositions législatives, notamment en ce qui concerne leur traitement indiciaire. Toutefois, les éléments de rémunération extra-indiciaires versés aux fonctionnaires des trois versants de la fonction publique, aux magistrats et aux militaires, c'est-à-dire en supplément du traitement ou de la solde, sont soumis, jusqu'à une fraction maximale de leur rémunération indiciaire, au régime additionnel de la fonction publique (RAFP) aux termes du I de l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 procédant à la création du régime. L'article 2 du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 explicite l'assiette de cotisations du RAFP : elle est constituée de l'assiette de la CSG de laquelle est soustraite l'assiette des cotisations d'assurance retraite dues au régime spécial, dans la limite de 20 % du traitement ou de la solde bruts.

Un décret prévoira l'exclusion de l'assiette du RAFP de la participation financière de l'employeur public, qui reste soumise à la CSG et à la CRDS. Il n'est pas proposé de fixer un plafond par décret.

Exclusion d'assiette des cotisations des ouvriers de l'Etat

Les ouvriers de l'Etat sont affiliés à un régime spécial qui leur est propre : le régime du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE).

A la différence des autres cotisations applicables aux ouvriers de l'Etat, les cotisations dues au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont assises sur l'ensemble des rémunérations perçues en application des dispositions du décret n° 67-850 du 30 septembre 1967.

Un décret prévoira l'exclusion de cette assiette de la participation financière de l'employeur au bénéfice des ouvriers de l'Etat.

3. Exclusion de l'assiette de cotisations sociales au bénéfice des agents publics de l'Etat pendant le régime transitoire

Il est proposé que l'exclusion de l'assiette soit appliquée au dispositif transitoire prévu par le II de l'article 4 de l'ordonnance du 17 février 2021 auquel sont éligibles les agents de la fonction publique de l'Etat. En effet, le décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'Etat fixe le remboursement des dépenses de protection sociale à 15 € par mois et par agent.

4. Déductibilité plafonnée du revenu imposable de la participation de l'employeur public et des agents qu'il emploie

Comme pour le secteur privé, il est proposé que les sommes versées par l'employeur public et ses agents aux contrats collectifs de protection sociale complémentaire institués par l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, dont la souscription est obligatoire, soient déduites du revenu imposable dans les mêmes conditions et limites que celles applicables aux cotisations de l'employeur privé et de ses salariés en application du 1° *quater* de l'article 83 du code général des impôts, soit une limite de déduction égale à la somme de 5 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale (PASS) et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du PASS.

b) Autres options possibles

La participation de l'employeur public à la complémentaire santé poursuit un double objectif : d'une part, un objectif de politique publique visant à favoriser la couverture santé des agents publics et, d'autre part, un objectif d'équité par alignement avec le secteur privé.

Dès lors, une exonération de toutes les contributions sociales (CSG, CRDS et, le cas échéant, forfait social) n'a pas été retenue puisqu'elle aboutirait à un régime plus favorable que dans le secteur privé. À l'inverse, l'absence de toute mesure d'exclusion d'assiette ne répond pas au double objectif fixé par le Gouvernement et n'a pas été retenue.

Il a ainsi été privilégié, en ce qui concerne l'essentiel de la mesure en assiette, c'est-à-dire l'exclusion d'assiette de la participation des agents affiliés au régime général, un dispositif identique à celui applicable pour le régime général.

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

La mesure a un impact sur l'assiette des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base à partir de 2022 et s'inscrit ainsi dans le champ des dispositions du 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

Aucun texte ni jurisprudence européenne ou de la Cour européenne des droits de l'Homme ne vient régir les exclusions d'assiettes.

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

a) Possibilité de codification

Le dispositif pérenne applicable aux affiliés du régime général est codifié aux articles L. 242-1, L. 137-15 et L. 137-16 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	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Applicable (à l'exclusion du forfait social prévu à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale)</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Applicable (à l'exclusion du forfait social prévu à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale)</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La participation financière de l'employeur public à la couverture santé de ses agents est une nouvelle dépense, la perte de recettes pour les régimes de sécurité sociale aura donc un caractère relativement théorique.

Toutefois, il est possible d'estimer la minoration des recettes issue de la mesure proposée. Le dispositif pérenne a fait l'objet de chiffrages présentés par l'étude d'impact de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021.

• Dispositif pérenne

Le coût de la participation annuelle financière des employeurs publics, à plein régime, au 1^{er} janvier 2026 est estimé, selon les hypothèses principales, comme suit :

	FPE	FPH	FPT ¹
Participation employeur par agent	378 €		240 €
Coût total	840 M€	401 M€	358 M€

Afin d'estimer l'impact de la mesure, il convient d'affecter la participation totale des employeurs publics à la complémentaire santé aux différents régimes dont relèvent les agents publics. Selon leur statut, les agents sont affiliés comme suit :

¹ L'estimation retenue, à l'inverse de l'étude d'impact de l'ordonnance, intègre la participation financière des employeurs territoriaux actuellement versée et désocialisée. La présente mesure a vocation à s'appliquer à ces éléments de rémunération.

	FPE	FPH	FPT
Fonctionnaires	CPCMR et RAFP	CNRACL et RAFP	
dont TNC affiliés au RG ⁽¹⁾			RG et IRCANTEC
Militaires	CPCMR et RAFP		
Contractuels	RG et IRCANTEC		
Enseignants du privé ⁽²⁾	RG et AGIRC-ARRCO ou IRCANTEC		
Ouvriers de l'Etat	FSPOEIE		

1 Les fonctionnaires de la fonction publique territoriale occupant un emploi à temps non complet (TNC) de moins de 28 heures hebdomadaires sont affiliés, par dérogation, au régime général et à l'IRCANTEC

2 Les enseignants des établissements privés sous contrat recrutés après le 1^{er} janvier 2017 sont affiliés à l'IRCANTEC tandis que ceux affiliés précédemment à l'AGIRC-ARRCO conservent leur affiliation (article 51 de la loi n° 2014-40)

Il est possible d'estimer la part des cotisations qui aurait été versée aux différents régimes auxquels sont affiliés les agents publics en fonction de la part des agents affiliés à chacun d'eux telle qu'elle ressort, en volume et par statut, du *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique*¹.

	FPE	FPH	FPT
Fonctionnaires	63%	69%	77%
dont TNC			6%
Militaires	13%		
Contractuels	18%	31%	23%
Enseignants du privé	6%		
Ouvriers de l'Etat	1%		

Pourcentage d'agents par statuts et par fonction publique

	FPE	FPH	FPT
Participation employeur	840 M €	401 M €	358 M €
RG	24%	31%	27%
IRCANTEC	19%	31%	27%
AGIRC-ARRCO ²	5%		
Maladie FSPOEIE	1%		

Lecture : 24 % des dépenses de complémentaire santé sont distribués aux agents de la FPE affiliés au régime général

Ainsi, 75 % des agents de la FPE, 63 % de ceux de la FPH et 77 % de ceux de la FPT sont affiliés au RAFP. Toutefois, il est nécessaire de tenir compte du plafonnement de l'assiette RAFP à 20 % du traitement indiciaire ou de la solde bruts pour estimer l'impact sur les cotisations.

D'après le *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique*³, 53,7 % des effectifs de la fonction publique de l'Etat bénéficient d'un niveau de prime inférieur à 20 % due leur traitement et verraient ainsi la participation financière de l'employeur cotisée à ce régime en l'absence de mesure. Cette population représente 33,60 % de l'ensemble de la fonction publique civile et militaire de l'Etat⁴. En raison de la spécificité de cette population, il y a lieu de considérer que les militaires et l'ensemble des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers saturent le plafond du RAFP et qu'ils ne verraient pas la participation financière de l'employeur cotisée à ce régime.

Ainsi, au total, le montant total de la participation financière des employeurs publics à la complémentaire santé qui serait théoriquement soumise aux cotisations des différents régimes peut être présenté comme suit :

RG	419,8 M€
IRCANTEC	381,9 M€
RAFP	212,8 M€

¹ DGAFP, Rapport, ed. 2020, fig. 2.1-1, p. 343

² Dans ce chiffrage, les enseignants du privé recrutés avant le 1er janvier 2017 sont considérés comme majoritairement affiliés à l'AGIRC-ARRCO. Pour estimer l'affiliation à ce régime complémentaire, il est appliqué un ratio de 9 sur 40 correspondant aux neuf années entre le 1er janvier 2017 et le 1er janvier 2026 rapportées à une durée moyenne de carrière de 40 ans.

³ DGAFP, Rapport, ed. 2020, figure 6.4-2

⁴ DGAFP, Rapport, ed. 2020, fig. 2.1-1, p. 343

AGIRC-ARRCO	38,0 M€
Maladie FSPOEIE	7,5 M€

Compte tenu des taux de cotisations propres à chacun de ces régimes, le montant des cotisations dues par régime en l'absence de mesure peut être estimé à environ 230 M€.

Régimes	Taux	Montant
Régime général		177,5 M€
<i>maladie/maternité/décès</i>	9,70 %	40,7 M€
<i>famille</i>	5,25 %	22,0 M€
<i>AT/MP</i>	1,10 %	4,6 M€
<i>vieillesse</i>	17,75 %	74,5 M€
CSA	0,30 %	1,3 M€
<i>forfait social</i>	8,00 %	33,6 M€
<i>maladie OE¹</i>	9,70 %	0,7 M€
IRCANTEC	7,00 %²	26,7 M€
AGIRC-ARRCO	10,00 %³	3,8 M€
RAFP	10,00 %	21,3 M€
Total		229,3 M€

• **Exclusion d'assiette du dispositif transitoire en faveur de la fonction publique de l'Etat**

Sur la base d'une participation au financement de la complémentaire santé à hauteur de 378 € par agent, la participation totale des employeurs de la fonction publique de l'Etat est estimée à 840 M€. Selon les mêmes proportions, un remboursement de 15 € mensuels par agent comme prévu par le décret d'application, coûterait aux employeurs publics de l'Etat, au total, 400 M€.

Le coût de l'exclusion d'assiette du dispositif transitoire est estimé, selon la même méthode que l'exclusion d'assiette du dispositif pérenne, à 58 M€.

Régimes	Ratio régimes	Taux	Coût
Régime général	24%	42,10%	40,0 M€
<i>maladie/maternité/décès</i>	24%	9,70%	9,2 M€
<i>famille</i>	24%	5,25%	5,0 M€
<i>AT/MP</i>	24%	1,10%	1,0 M€
<i>vieillesse</i>	24%	17,75%	16,9 M€
CSA	24%	0,30%	0,3 M€
<i>forfait social</i>	24%	8,00%	7,6 M€
<i>maladie OE</i>	1%	9,70%	0,3 M€
RAFP	25%	10,00%	10,1 M€
IRCANTEC	19%	7,00%	5,4 M€
AGIRC-ARRCO	5%	10,00%	1,8 M€
Total			57,6 M€

¹ Le régime spécial du FSPOEIE fait intervenir, pour le service des prestations en nature de l'assurance maladie, le régime général auquel est versée la cotisation d'assurance maladie.

² Le taux de cotisation est celui applicable aux rémunérations inférieures au plafond de sécurité sociale.

³ Il s'agit d'un taux spécifique aux enseignants du privé.

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 permet de réduire le coût du travail à la charge de l'employeur public. L'employeur public d'un agent contractuel fait l'économise d'une dépense supplémentaire représentant jusqu'à 39 % de sa participation au financement de la complémentaire santé.

Sur le plan fiscal, la déduction des sommes versées permet de minorer le revenu imposable et ainsi le montant d'impôt dû, ce qui a corrélativement un effet favorable sur le pouvoir d'achat.

b) Impacts sociaux

La mesure proposée complète le dispositif de prise en charge partielle de la complémentaire santé par l'employeur public. Elle permet de réduire le coût global de l'acquisition d'une complémentaire santé pour l'employeur. Ainsi, pour un agent contractuel, la réduction est égale à 10,10 % (cotisations vieillesse de base et complémentaire) du montant de la participation employeur.

- **Impact sur les jeunes**

L'objectif d'amélioration de la couverture généralisée des agents publics vise également les jeunes. Selon la DREES¹, les jeunes sont surreprésentés parmi l'ensemble de la population générale non couverte par une complémentaire santé ; 7 % des jeunes âgés de 16 à 24 ans et 6 % de ceux âgés de 25 à 34 ans ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

Ainsi, les mesures proposées cibles contribuent à l'amélioration de la couverture complémentaire des jeunes agents de la fonction publique et permet d'établir une équité avec ceux employés dans le secteur privé.

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

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

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

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

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

La mesure d'exclusion d'assiette n'emporte aucune démarche de la part des assurés.

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

La direction générale des finances publiques, en charge de l'établissement des bulletins de paye de la majorité des agents publics, devra adapter son système d'information.

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

L'exclusion d'assiette en faveur du dispositif transitoire ne nécessite pas de mesure d'application.

L'exclusion d'assiette en faveur du dispositif pérenne nécessite :

- un décret en Conseil d'Etat dérogeant à l'article 2 du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 (RAFP). Ce décret nécessite un avis du conseil d'administration de l'établissement de retraite du régime additionnel de la fonction

¹ Ibid.

publique. Une saisine du premier conseil de l'année 2022 est envisagée pour une publication du texte au cours du premier semestre de l'année ;

- un décret simple dérogeant à l'article 1^{er} du décret n° 67-850 du 30 septembre 1967 relatif à l'assiette des cotisations maladie des ouvriers de l'Etat. Ce décret ne nécessite pas de consultation. Une parution au cours du premier semestre de l'année 2022 est envisagée ;
- un décret simple renvoyant au 4^{ème} alinéa de l'article D. 242-1 du code de la sécurité sociale pour la détermination du plafond mentionné au 4° bis de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale créé par la mesure proposée.

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

Aucune

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune

d) Suivi de la mise en œuvre

Aucun

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 83 actuel du code général des impôts	Article 83 modifié du code général des impôts
<p>1° quater Les cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Les cotisations ou les primes mentionnées au premier alinéa s'entendent, s'agissant des cotisations à la charge de l'employeur, de celles correspondant à des garanties autres que celles portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.</p> <p>Les cotisations à la charge de l'employeur correspondant à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sont ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination des bases d'imposition.</p> <p>Les cotisations ou les primes déductibles en application des premier et deuxième alinéas le sont dans la limite d'un montant égal à la somme de 5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du plafond précité. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération.</p>	<p>1° quater Les cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Les cotisations ou les primes mentionnées au premier alinéa s'entendent, s'agissant des cotisations à la charge de l'employeur, de celles correspondant à des garanties autres que celles portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.</p> <p>Les cotisations à la charge de l'employeur correspondant à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sont ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination des bases d'imposition.</p> <p>Les cotisations ou les primes déductibles en application des premier et deuxième alinéas le sont dans la limite d'un montant égal à la somme de 5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du plafond précité. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération.</p> <p>Il en va de même de celles versées par les employeurs publics et leurs agents aux contrats collectifs de protection sociale complémentaire pour lesquels la souscription des agents est rendue obligatoire en application d'un accord prévu par les dispositions du II de l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense.</p>
Article L. 242-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 242-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>II.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale :</p> <p>[...]</p> <p>4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire entrant dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, servies au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, par des institutions de prévoyance, par des institutions de gestion de retraite supplémentaire, par des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation, par des entreprises régies par le code des assurances ou par tout gestionnaire d'un plan d'épargne</p>	<p>II.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale :</p> <p>[...]</p> <p>4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire entrant dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, servies au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, par des institutions de prévoyance, par des institutions de gestion de retraite supplémentaire, par des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation, par des entreprises régies par le code des assurances ou par tout gestionnaire d'un plan d'épargne</p>

<p>retraite mentionné à l'article L. 224-8 du code monétaire et financier, lorsque les garanties revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux, sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :</p> <p>a) Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations de retraite supplémentaire déterminées par décret. L'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes de l'article L. 3334-6 du code du travail et à un plan d'épargne retraite d'entreprise exonéré aux termes du 3° du II du présent article sont pris en compte pour l'application de ces limites ;</p> <p>b) Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur la prise en charge de frais de santé, que ces garanties soient conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du présent code. L'exclusion d'assiette est aussi applicable au versement de l'employeur mentionné à l'article L. 911-7-1.</p> <p>Les dispositions du présent 4° ne sont pas applicables lorsque les contributions des employeurs se substituent à d'autres revenus d'activité qui ont été soumis à cotisations en application du I du présent article et versés au cours des douze derniers mois ;</p>	<p>retraite mentionné à l'article L. 224-8 du code monétaire et financier, lorsque les garanties revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux, sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :</p> <p>a) Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations de retraite supplémentaire déterminées par décret. L'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes de l'article L. 3334-6 du code du travail et à un plan d'épargne retraite d'entreprise exonéré aux termes du 3° du II du présent article sont pris en compte pour l'application de ces limites ;</p> <p>b) Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur la prise en charge de frais de santé, que ces garanties soient conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du présent code. L'exclusion d'assiette est aussi applicable au versement de l'employeur mentionné à l'article L. 911-7-1.</p> <p>Les dispositions du présent 4° ne sont pas applicables lorsque les contributions des employeurs se substituent à d'autres revenus d'activité qui ont été soumis à cotisations en application du I du présent article et versés au cours des douze derniers mois ;</p> <p>4° bis Dans des limites fixées par décret, la participation d'un employeur public au titre d'un contrat collectif de protection sociale complémentaire, versée obligatoirement en application d'un accord prévu par les dispositions du II de l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou de l'arrêté mentionné au II de l'article L. 4123-3 du code de la défense, destinée au financement des garanties de protection sociale complémentaire. Cette participation est exclue de l'assiette des cotisations lorsque les agents de l'employeur public qu'il assure souscrivent obligatoirement à ce contrat ;</p>
<p>Article L. 137-15 actuel du code de la sécurité (9^{ème} alinéa)</p>	<p>Article L. 137-15 modifié du code de la sécurité sociale (9^{ème} alinéa)</p>
<p>Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de onze salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance</p>	<p>Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de onze salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance ainsi que les employeurs publics de moins de onze agents au titre de la participation mentionnée au 4° bis du II de l'article L. 242-1 du présent code.</p>
<p>Article L. 137-16 actuel du code de la sécurité (deuxième alinéa)</p>	<p>Article L. 137-16 modifié du code de la sécurité sociale (deuxième alinéa)</p>
<p>Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de</p>	<p>Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, les contributions des employeurs publics mentionnées au 4° bis du II de l'article L. 242-1 du présent code, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives de production</p>

production sans préjudice de l'application du dernier alinéa du présent article.	soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production sans préjudice de l'application du dernier alinéa du présent article.
--	---

Article 13 – Mesures de simplification en faveur des travailleurs indépendants

I. Présentation de la mesure

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

a) Simplification du recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants non agricoles

Afin de tenir compte de manière exacte de leurs revenus et de leurs charges, les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants sont calculées sur la base de leur revenu réel, établi au terme de l'exercice, et qui constitue à la fois l'assiette de calcul de leurs impôts et de leurs prélèvements sociaux, sous réserve de différences liées à la nature de ces prélèvements. Ce calcul ne pouvant être réalisé qu'une fois par an, puisque le bénéfice de l'exercice n'est déterminé qu'à cette échéance, les cotisations et contributions sont donc calculées et appelées dans un premier temps sur une base provisoire dans l'attente de la déclaration du revenu définitif, puis il est procédé à leur régularisation sur la base de ces revenus définitifs. Ce mécanisme est identique à celui de l'impôt sur le revenu qui, en outre, est depuis 2019 et la réforme du prélèvement à la source, calculé sur le même exercice que celui servant au calcul des cotisations. Depuis 2021, pour les travailleurs indépendants non agricoles, la déclaration adressée à l'administration fiscale permet donc aussi de calculer les cotisations sociales, ce qui supprime une formalité déclarative pour les indépendants.

La seule exception à cette logique concerne les micro-entrepreneurs dont les cotisations reposent non pas sur un revenu net des charges mais directement sur le chiffre d'affaires. Le chiffre d'affaires peut être facilement établi en cours d'année, sur une base périodique, à la différence de l'estimation des charges qui demeure une opération complexe. Aussi, les cotisations et contributions des micro-entrepreneurs peuvent être calculées à titre définitif en cours d'année et ne nécessitent pas de régularisation ultérieure. Toutefois, ce mécanisme dérogatoire implique qu'il n'est pas tenu compte des charges réelles supportées par le travailleur indépendant et que celles-ci sont évaluées de manière forfaitaire, raison qui explique que ce dispositif n'est pas le mieux adapté à toutes les activités et n'est envisageable que dans une certaine limite de chiffre d'affaires, sauf à créer des distorsions importantes entre l'assiette des prélèvements et le revenu réel.

Il résulte de cette situation propre aux indépendants (à l'exception des micro-entrepreneurs) que les prélèvements de cotisations sur les revenus d'activité du travailleur indépendant ne sont pas réalisés à titre définitif au moment où ces revenus sont effectivement perçus. Ce décalage, inhérent à l'activité indépendante, comme rappelé supra, peut néanmoins être source d'incompréhension des montants à acquitter voire poser des problèmes de trésorerie en cas de fortes fluctuations de revenu.

Aussi, de récentes évolutions des règles de calcul ont eu pour objet de réduire les risques d'une régularisation importante des cotisations dues :

- Ainsi, depuis 2012, il est possible à un travailleur indépendant de demander, une fois par an, la prise en compte d'un revenu estimé afin de déterminer l'assiette sociale servant à calculer ses cotisations provisionnelles. Cette estimation se substitue au revenu de l'avant dernière année, ce qui améliore la contemporanéité en cas de forte variation. Cette mesure de simplification est utilisée par environ 160 000 cotisants en moyenne tous les ans ;
- Dans l'objectif de réduire le décalage entre perception d'un revenu et paiement des cotisations, l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a généralisé la possibilité pour les travailleurs indépendants de procéder à la déclaration anticipée de leurs revenus dès qu'ils les connaissent, sans attendre la date de la fin de la campagne déclarative. Entré en vigueur en 2015, ce dispositif permet désormais d'ajuster les cotisations et contributions provisionnelles pour la période restant à courir de l'année sur le revenu de l'année précédente, et d'anticiper d'environ six mois la date de régularisation, c'est-à-dire de rembourser plus rapidement les indépendants qui avaient acquitté des cotisations provisionnelles plus importantes que nécessaire au vu de leurs revenus finaux ;
- Depuis 2020, en application de l'article 22 de la LFSS pour 2019, une clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants a été mise en œuvre afin d'éviter des disparités dans les méthodes de calcul. Cette mesure a également permis la réalisation par les services de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) d'un simulateur de calcul des cotisations sociales dématérialisé et accessible à tout moment aux travailleurs indépendants afin de leur permettre d'une part de connaître en temps réel le montant de cotisations sociales qu'ils devront à leur Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) selon le revenu généré, et d'autre part de les aider à remplir leur déclaration unifiée sur le revenu (fiscale et sociale).

Ces mesures permettent à l'ensemble des cotisants travailleurs indépendants de voir le montant de leurs prélèvements sociaux calculé au plus près des revenus effectivement perçus. L'impact en matière de trésorerie pour cette population, dont les revenus d'activité peuvent varier notablement, est particulièrement important. Néanmoins, cette contemporanéisation du calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants doit être poursuivie. Deux mesures sont proposées en ce sens :

- **Généraliser la possibilité de modulation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants en temps réel**

Prévue par l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'expérimentation de modulation des cotisations et contributions sociales en temps réel s'inscrit dans une volonté de simplification des démarches administratives et déclaratives des travailleurs indépendants.

Ce dispositif expérimental vise à permettre aux travailleurs indépendants d'ajuster, sur une base mensuelle (ou trimestrielle), le niveau de leurs acomptes de cotisation en fonction du niveau réel de leur activité. Aussi, si un travailleur indépendant fait le choix de recourir à ce téléservice, le montant de ses versements de cotisations sera adapté à ses rentrées financières. Il est entré en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2019, pour les cotisants éligibles¹ des régions Ile-de-France et Languedoc-Roussillon qui peuvent déclarer au fil de l'eau leurs revenus pour calculer immédiatement et en temps réel les cotisations et contributions dues. Le service permet également de payer en ligne le montant des cotisations ainsi calculées. Les travailleurs indépendants qui le souhaitent ont ainsi eu la possibilité d'ajuster mensuellement le niveau de leurs acomptes de cotisations et contributions sociales en fonction de leur activité.

La durée de cette expérimentation avait initialement été fixée à six mois et a été prolongée, une première fois jusqu'à la fin de l'année 2019 par l'article 22 de la LFSS 2019, puis une nouvelle fois jusqu'au 31 décembre 2020 par l'article 19 de la LFSS 2020 et enfin, jusqu'à la fin de l'année 2021 par le décret n° 2021-849 du 29 juin 2021 relatif aux conditions de transmission par l'organisme chargé du recouvrement au travailleur indépendant des modalités de calcul des cotisations et contributions sociales.

Depuis le début de l'expérimentation, les adhésions au service sont essentiellement des adhésions spontanées puisqu'aucune communication n'a été réalisée dans la mesure où la crise sanitaire, qui a obligé à interrompre les activités de recouvrement, a perturbé le déploiement du dispositif et n'a pas permis de réaliser de bilan approfondi de cette expérimentation dans ce contexte. Par conséquent, le rapport intermédiaire sur le bilan de cette expérimentation qui devait être remis au Parlement en septembre 2020 conformément au V de l'article 19 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 n'a pas pu être établi et remis comme prévu.

L'expérimentation doit être généralisée à un plus grand nombre d'indépendants, sur une période suffisante et faire l'objet d'un accompagnement afin qu'elle soit mieux connue et mieux utilisée par les assurés.

- **Favoriser l'utilisation du téléservice permettant aux travailleurs indépendants d'estimer leur revenu en cours d'année**

L'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale permet aux travailleurs indépendants de déclarer en cours d'année un revenu estimé afin que ce dernier puisse être pris en compte pour actualiser les cotisations provisionnelles qui lui sont appelées.

Cette modulation permet au travailleur indépendant d'anticiper, avant la déclaration annuelle de ses revenus définitifs en N+1, une hausse ou une forte baisse de cette activité.

Ce dispositif permet donc au travailleur indépendant d'estimer son revenu pour l'ensemble de l'année, plusieurs fois par an, pour recalculer l'ensemble de leurs cotisations provisionnelles de l'année en cours. Ce dispositif, libre d'accès et sans aucun justificatif, était utilisé avant la crise par 100 000 à 200 000 indépendants chaque année, ce qui est significatif.

Le même article qui introduit ce dispositif prévoit également l'application d'une majoration de retard lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant sauf si des éléments en la possession du cotisant justifient l'estimation qui a été faite. La sanction prévue en cas d'écart trop important (pour ne pas inciter à réduire trop fortement ses versements) n'a jamais été mise en œuvre par les services de l'ACOSS.

Malgré cela, l'existence théorique de cette majoration de retard peut dissuader les travailleurs indépendants ou leurs comptables à avoir recours à ce dispositif ce qui a été préjudiciable à de nombreux travailleurs indépendants notamment ceux qui auraient voulu y avoir recours au cours de l'actuelle crise sanitaire afin de baisser leur niveau de prélèvements appelés.

Adapter la délivrance des attestations de vigilance aux situations de certains indépendants

L'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale prévoit qu'une entreprise qui a recours à un sous-traitant doit s'assurer lors de la conclusion du contrat, dès lors qu'il est d'au moins 5000 € HT, ainsi que périodiquement jusqu'à la fin du contrat, que le sous-traitant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement.

Cette attestation est délivrée dès lors que le sous-traitant est à jour des démarches déclaratives liées à son statut (employeur ou travailleur indépendant), du paiement des cotisations et contributions sociales à leur date d'exigibilité ou a souscrit et respecte un plan d'apurement auprès de son URSSAF ou CGSS.

Cette attestation de vigilance permet à l'entreprise qui a recours à un sous-traitant verbalisé pour travail dissimulé de ne pas être tenue solidairement au paiement de ses impôts, taxes et cotisations de sécurité sociale, rémunérations et autres charges. De plus le manquement à l'obligation d'attestation de vigilance expose le donneur d'ordre à une annulation des exonérations et réductions de cotisations applicables à ses salariés.

Or, les entrepreneurs ayant débuté leur activité il y a moins de trois mois et qui n'ont pas encore été redevables de cotisations et contributions sociales n'ont pas accès à l'attestation de vigilance qui est délivrée dès lors que la personne effectue ses démarches déclaratives et acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité. Pour les travailleurs indépendants, les attestations ne peuvent ainsi être obtenues que tardivement puisque les cotisations et contributions sociales forfaitaires de début d'activité sont acquittées après un report d'exigibilité de 90 jours pour les premières échéances.

¹ Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation « modulation des cotisations sociales en temps réel » ont été prévues dans le décret n°2018-533 du 27 juin 2018. Les cotisants éligibles sont les travailleurs indépendants dits classiques hors micro-entrepreneurs, conjoints collaborateurs, professionnels libéraux soumis au régime d'assurance vieillesse et invalidités-décès des professions libérales ;

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

a) Mesure proposée

- ***Simplification et contemporanéisation du calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants***

Poursuite de l'expérimentation de la modulation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants en temps réel afin de l'intégrer dans le droit commun

A compter du 1^{er} janvier 2022, l'expérimentation prenant fin au 31 décembre 2021, une mesure législative est nécessaire afin de la pérenniser et de l'étendre à l'ensemble du territoire et des travailleurs indépendants non agricoles.

L'intégration de cette expérimentation dans le droit commun conduirait à prévoir dans le code de la sécurité sociale, à l'instar de ce qui a été fait pour le régime social simplifié des micro-entrepreneurs à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, une disposition modifiant la disposition législative instituant l'expérimentation, soit le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, doit être modifié.

Aussi, il est proposé :

- De prolonger d'au moins deux ans l'expérimentation ;
- De la généraliser à l'ensemble du territoire national ;
- De l'ouvrir à l'ensemble des travailleurs indépendants non agricoles et ne relevant pas d'un dispositif social simplifié (soit les professionnels libéraux).

En parallèle, l'accompagnement des utilisateurs sera renforcé compte tenu que la bonne réussite de cette expérimentation nécessite la bonne appréhension par les cotisants du téléservice associé. Ainsi, les travailleurs indépendants qui souscrivent à cette expérimentation et constatent l'année suivante une régularisation importante sur le montant des cotisations et contributions sociales définitivement dues, seront accompagnés par leur URSSAF ou CGSS, afin de s'assurer de la bonne compréhension du dispositif par le cotisant, de déterminer si cette expérimentation correspond véritablement à son besoin, et d'envisager, le cas échéant, une sortie de ce dispositif expérimental pour retourner dans celui de droit commun.

Enfin, il est également proposé de prolonger la date de remise du rapport au Parlement, puisque la crise a jusqu'à présent limité trop fortement la possibilité de réaliser un bilan suffisamment précis.

Suppression de la majoration de retard en cas de déclaration d'un revenu estimé inférieur au revenu définitif

Afin d'encourager les travailleurs indépendants à avoir recours à ce dispositif, il est proposé de supprimer la majoration de retard prévue à l'article L. 131-6-2 du CSS compte tenu du fait que cette dernière n'a jamais été mise en œuvre.

Clarification du transfert de recouvrement des cotisations vieillesse de base et complémentaire à l'URSSAF pour les médecins et des étudiants en médecine exerçant leur activité à titre de remplacements ayant recours au dispositif social simplifié mentionné à l'article L.642-4-2 du code de la sécurité sociale

La mesure vise à clarifier à l'article L. 642-5 du code de la sécurité sociale, que les sections professionnelles peuvent déléguer par convention à l'URSSAF, le recouvrement des cotisations vieillesse de base et complémentaire en cas de recours au dispositif social simplifié prévu à l'article L. 642-4-2 du même code pour les médecins et des étudiants en médecine exerçant leur activité à titre de remplacements.

Extension du périmètre de l'obligation de délivrance par les URSSAF/CGSS de l'attestation de vigilance

Il est ainsi proposé de permettre aux travailleurs indépendants démarrant leur activité d'obtenir une attestation transitoire valable pour une durée couvrant la période comprise entre leur début d'activité et la date de la première échéance déclarative (passée cette date, ils seront soumis au régime normal, applicable à tous).

Une telle mesure permettra d'harmoniser le régime des attestations de vigilance à celui du report d'exigibilité de 90 jours dont bénéficient les travailleurs indépendants, ce qui leur permettra de répondre avec plus de facilité et de célérité aux appels d'offre.

- ***Accompagnement des travailleurs indépendants à l'apurement de leur dette sociale constituée durant la crise sanitaire***

Il est proposé de proroger d'un trimestre supplémentaire, soit jusqu'au 31 décembre 2021, l'intégration dans les plans d'apurement des dettes de cotisations et contributions sociales accumulées pendant la crise par les travailleurs indépendants, dont les reports se sont poursuivis en 2021 pour les secteurs les plus impactés.

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

La mesure proposée porte sur la définition du périmètre du rôle de recouvreur des Urssaf, au-delà du régime général au bénéfice des principaux autres régimes légalement obligatoires. Elle se rattache, à ce titre, directement au 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

La mesure doit être présentée à la CPSTI conformément à l'article L. 612-1 du code 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 Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

Mesure sur la suppression de la majoration de retard pour le téléservice du revenu estimé : article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale

Mesure sur l'extension du périmètre de délivrance des attestations de vigilance : Article L. 243-15 du code de la sécurité sociale

Toilettage du L. 642-5 du code de la sécurité sociale

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	Directement applicable
Mayotte	Directement applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	<p>Non applicable pour les mesures relatives à la simplification et contemporanéisation du calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants</p> <p>Applicable pour la mesure relative à l'extension du périmètre de l'obligation de délivrance de l'attestation de vigilance</p>

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La suppression de la majoration de retard en cas de déclaration d'un revenu estimé inférieur au revenu définitif a un coût nul pour les finances publiques puisque cette majoration n'avait jamais été appliquée.

Pour la mesure d'extension du périmètre de délivrance des attestations de vigilance : l'accélération de la possibilité d'obtenir une attestation de vigilance lors de la première année d'activité est susceptible d'avoir un impact favorable sur l'activité des indépendants et de leurs cotisations sociales.

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

a) Impacts économiques

Pour la mesure d'extension du périmètre de délivrance des attestations de vigilance : l'accélération de la possibilité d'obtenir une attestation de vigilance lors de la première année d'activité est susceptible d'avoir un impact favorable sur l'activité des indépendants et de leurs cotisations sociales.

b) Impacts sociaux

La mesure d'extension du périmètre de délivrance des attestations de vigilance permettra une fluidification du travail pour nombre d'indépendants, simplifiera la perception de revenus en début d'activité.

• Impact sur les jeunes

Néant

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Néant

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental

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

Néant

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

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

Suppression de la majoration de retard en cas de déclaration d'un revenu estimé inférieur au revenu définitif : cette mesure n'a aucune incidence sur les assurés compte tenu du fait qu'elle n'avait jamais été appliquée par les services de l'ACOSS mais permettra au assurés d'accéder sans appréhension à ce service d'estimation de ses revenus.

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

Extension du périmètre de délivrance des attestations de vigilance : le téléservice de demande d'attestation pour les travailleurs indépendants devra être mis à jour par les services de l'ACOSS et permettre également la mise à jour des problématiques techniques rencontrées par les gérants d'EURL ou gérants majoritaire de SARL créées après 2015.

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

Les mesures seront mises en œuvre avec les 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.

Extension de l'expérimentation de la modulation des cotisations sociales en temps réel : mise à jour du décret n° 2018-533 du 27 juin 2018 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation prévue au XVII de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Pour la mesure sur les attestations de vigilance, l'article D. 243-15 du code de la sécurité sera à mettre à jour afin de prévoir de l'attestation pour les travailleurs indépendants ainsi que pour les sous-traitants en début d'activité.

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 poursuite de l'expérimentation de la modulation des cotisations sociales en temps réel entre en vigueur au 1^{er} janvier 2022 pour les cotisations dues à compter de cette date, à l'exception des cotisations dues par les affiliés CIPAV qui pourront bénéficier de ce télé service à compter du 1^{er} janvier 2023 du fait du transfert du recouvrement.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Mesure sur les attestations de vigilance : Une campagne d'information devra être déployée afin d'indiquer aux entreprises recourant à la sous-traitance, des diverses modifications intervenues en matière d'obligation de vigilance.

d) Suivi de la mise en œuvre

Taux de recours aux différents téléservices mis en œuvre par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-6-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 131-6-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les cotisations des travailleurs indépendants non agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 sont dues annuellement. Leurs taux respectifs sont fixés par décret.</p> <p>Elles sont calculées, à titre provisionnel, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés. Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu.</p> <p>Lorsque le revenu d'activité de l'année au titre de laquelle elles sont dues est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation sur la base de ce revenu.</p> <p>Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.</p> <p>Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées dans les conditions prévues à l'article L. 242-12-1.</p>	<p>Les cotisations des travailleurs indépendants non agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 sont dues annuellement. Leurs taux respectifs sont fixés par décret.</p> <p>Elles sont calculées, à titre provisionnel, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés. Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu.</p> <p>Lorsque le revenu d'activité de l'année au titre de laquelle elles sont dues est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation sur la base de ce revenu.</p> <p>Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.</p> <p>Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées dans les conditions prévues à l'article L. 242-12-1.</p>
Article L. 243-15 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 243-15 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Toute personne vérifie, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est 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 et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Cette attestation est délivrée dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé. L'entreprise de travail temporaire doit également justifier de l'obtention de la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code du travail.</p> <p>Les modalités de délivrance de cette attestation ainsi que son contenu sont fixés par décret.</p>	<p>Toute personne vérifie, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est 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 et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Cette attestation est délivrée dès lors que la personne déclare ses revenus d'activité, acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé. L'entreprise de travail temporaire doit également justifier de l'obtention de la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code du travail.</p> <p>Pour les travailleurs indépendants débutant leur activité et non encore tenus de déclarer ou de payer</p>

<p>Le particulier qui contracte pour son usage personnel, celui de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin ou de ses ascendants ou descendants n'est pas concerné par les dispositions du présent article.</p>	<p>des cotisations sociales, une attestation provisoire est délivrée dès lors que l'activité a été régulièrement déclarée et que l'ensemble des formalités et procédures afférentes à la création d'activité ont été respectées. Cette attestation n'est valide que pour la période courant jusqu'à la première échéance déclarative ou de paiement à laquelle le travailleur indépendant est soumis.</p> <p>Les modalités de délivrance de cette attestation ainsi que son contenu sont fixés par décret.</p> <p>Le particulier qui contracte pour son usage personnel, celui de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin ou de ses ascendants ou descendants n'est pas concerné par les dispositions du présent article.</p>
<p align="center">Article L. 642-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 642-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les sections professionnelles assurent, pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 642-1. Elles transfèrent le produit de ces cotisations à la Caisse nationale selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>Les sections professionnelles peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 613-7.</p> <p>Pour le calcul et le recouvrement des cotisations sociales prévues à l'article L. 642-1, les sections professionnelles peuvent recevoir des données transmises par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>La Caisse nationale reverse aux sections professionnelles, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le montant prévisionnel des sommes nécessaires :</p> <p>1° A la gestion administrative du régime de base et à l'action sociale ;</p> <p>2° Au service des prestations prévues au chapitre III du présent titre.</p>	<p>Les sections professionnelles assurent, pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 642-1. Elles transfèrent le produit de ces cotisations à la Caisse nationale selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>Les sections professionnelles peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 613-7 aux articles L. 613-7 et L. 642-4-2.</p> <p>Pour le calcul et le recouvrement des cotisations sociales prévues à l'article L. 642-1, les sections professionnelles peuvent recevoir des données transmises par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>La Caisse nationale reverse aux sections professionnelles, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le montant prévisionnel des sommes nécessaires :</p> <p>1° A la gestion administrative du régime de base et à l'action sociale ;</p> <p>2° Au service des prestations prévues au chapitre III du présent titre.</p>
<p align="center">XVII.- Article 15 actuel de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 modifiée</p>	<p align="center">XVII.- Article 15 modifié de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 modifiée</p>
<p>XVII.-Jusqu'au 31 décembre 2020, à titre expérimental et par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. L'expérimentation peut être prolongée par décret dans la limite d'une année.</p> <p>Les travailleurs indépendants concernés participent à titre volontaire à l'expérimentation et à la réalisation de son bilan.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont précisées par décret.</p>	<p>XVII.-Jusqu'au 31 décembre 2020 2023, à titre expérimental et par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale, autres que ceux relevant des dispositions de l'article L. 613-7 et L. 642-4-2 du même code, peuvent demander aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels. L'expérimentation peut être prolongée par décret dans la limite d'une année.</p>

<p>L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du même code propose au Gouvernement, à l'échéance de l'expérimentation mentionnée au présent XVII, les pistes d'amélioration de son offre de services en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.</p> <p>Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et de la mission de réflexion mentionnées au présent XVII et transmis au Parlement. Il précise les propositions retenues par le Gouvernement en matière de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Un rapport intermédiaire est remis au plus tard le 30 septembre 2020.</p> <p>Les deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du même code et le second alinéa de l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables aux cotisations et contributions dues au titre des exercices 2018 et 2019 ou, le cas échéant, 2020.</p>	<p>Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale, le présent XVII s'applique à compter du 1^{er} janvier 2023.</p> <p>La déclaration des revenus mensuels ou trimestriels et le paiement des cotisations et des contributions sociales provisionnelles qui en découlent sont effectués par les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le présent XVII n'est pas applicable aux cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 645-2 et L. 654-2 du code de la sécurité sociale dont sont redevables, auprès de la section professionnelle compétente, les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du même code, à l'exception de ceux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1^o de l'article L. 640-1 du même code ainsi que les experts devant les tribunaux et experts automobiles et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2^o et les professions mentionnées aux 3^o, 4^o et 6^o à 8^o du même article.</p> <p>Les travailleurs indépendants concernés participent à titre volontaire à l'expérimentation et à la réalisation de son bilan.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont précisées par décret.</p> <p>L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du même code propose au Gouvernement, à l'échéance de l'expérimentation mentionnée au présent XVII, les pistes d'amélioration de son offre de services en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.</p> <p>Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et de la mission de réflexion mentionnées au présent XVII et transmis au Parlement. Il précise les propositions retenues par le Gouvernement en matière de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. Un rapport intermédiaire est remis au plus tard le 30 septembre 2020 2022.</p> <p><i>Les deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du même code et le second alinéa de l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables aux cotisations et contributions dues au titre des exercices 2018 et 2019 ou, le cas échéant, 2020.</i></p>
<p>VI.- Article 65 actuel de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020</p>	<p>VI.- Article 65 modifié de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020</p>
<p>VI.- Sans préjudice des dispositions des I à III du présent article, les employeurs ou les travailleurs indépendants peuvent bénéficier de plans d'apurement conclus avec les organismes de recouvrement.</p> <p>Peuvent faire l'objet de ces plans d'apurement l'ensemble des cotisations et contributions mentionnées au dernier alinéa du I, à la charge des employeurs, les cotisations et contributions personnelles dues aux organismes mentionnés au deuxième alinéa du III, à la charge des travailleurs indépendants, ainsi que celles qui, étant à la charge des salariés, ont été précomptées sans être reversées à ces mêmes organismes, pourvu que ces plans prévoient en priorité leur règlement, constatées au 31 décembre 2020. Pour les travailleurs indépendants, les plans pourront inclure des dettes constatées au 30</p>	<p>VI.- Sans préjudice des dispositions des I à III du présent article, les employeurs ou les travailleurs indépendants peuvent bénéficier de plans d'apurement conclus avec les organismes de recouvrement.</p> <p>Peuvent faire l'objet de ces plans d'apurement l'ensemble des cotisations et contributions mentionnées au dernier alinéa du I, à la charge des employeurs, les cotisations et contributions personnelles dues aux organismes mentionnés au deuxième alinéa du III, à la charge des travailleurs indépendants, ainsi que celles qui, étant à la charge des salariés, ont été précomptées sans être reversées à ces mêmes organismes, pourvu que ces plans prévoient en priorité leur règlement, constatées au 31 décembre 2020. Pour les travailleurs indépendants, les plans pourront inclure des dettes constatées au 31</p>

septembre 2021. Pour les travailleurs non-salariés agricoles, ces plans peuvent inclure les dettes constatées au 30 avril 2021.

Le cas échéant, les plans tiennent compte des exonérations et remises prévues en application du présent article.

Les directeurs des organismes de recouvrement peuvent adresser des propositions de plans d'apurement jusqu'à trois mois après les dates mentionnées au deuxième alinéa du présent VI. A défaut d'opposition ou de demande d'aménagement par le cotisant dans un délai d'un mois, le plan est réputé accepté.

Les employeurs ou les travailleurs indépendants peuvent également demander aux directeurs des organismes de recouvrement, avant la même date, le bénéfice d'un plan d'apurement.

Les pénalités et majorations de retard dont sont redevables du fait de leurs dettes de cotisations et contributions sociales les cotisants qui concluent avec l'organisme de recouvrement dont ils relèvent des plans d'apurement dans les conditions mentionnées au présent VI sont remises d'office à l'issue du plan, sous réserve du respect de celui-ci.

décembre 2021 ~~30 septembre 2021~~. Pour les travailleurs non-salariés agricoles, ces plans peuvent inclure les dettes constatées au 30 avril 2021.

Le cas échéant, les plans tiennent compte des exonérations et remises prévues en application du présent article.

Les directeurs des organismes de recouvrement peuvent adresser des propositions de plans d'apurement jusqu'à trois mois après les dates mentionnées au deuxième alinéa du présent VI. A défaut d'opposition ou de demande d'aménagement par le cotisant dans un délai d'un mois, le plan est réputé accepté.

Les employeurs ou les travailleurs indépendants peuvent également demander aux directeurs des organismes de recouvrement, avant la même date, le bénéfice d'un plan d'apurement.

Les pénalités et majorations de retard dont sont redevables du fait de leurs dettes de cotisations et contributions sociales les cotisants qui concluent avec l'organisme de recouvrement dont ils relèvent des plans d'apurement dans les conditions mentionnées au présent VI sont remises d'office à l'issue du plan, sous réserve du respect de celui-ci.

I. Présentation de la mesure

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

a) Un statut permettant la validation de droits minimaux

Le statut du conjoint du chef d'entreprise qui participe régulièrement à l'activité de cette dernière est défini pour les activités artisanales, commerciales ou libérales par les articles L. 121-4 à L. 121-8 du code de commerce.

Lors de la création de son activité ou en cours d'activité, le chef d'entreprise peut opter en matière de protection sociale de son conjoint travaillant dans son entreprise et avec l'accord de ce dernier, entre trois régimes sociaux :

- **le régime de conjoint salarié** : dans ce cas, le conjoint est considéré comme n'importe quel salarié de l'entreprise. Il fait l'objet d'une déclaration préalable à l'embauche, d'un contrat de travail, de fiches de paye mensuelles et perçoit un salaire correspondant à la qualification de l'emploi occupé ou un salaire égal au SMIC en cas d'activités diverses ou non définies. Comme tous les salariés, le conjoint salarié est couvert par le régime général des salariés ce qui signifie qu'il bénéficiera des droits aux prestations maladie, maternité, retraite, invalidité, décès, accidents du travail, maladies professionnelles et chômage. Ses cotisations sont calculées sur la base de son salaire selon les modalités et taux applicables à tous les autres salariés ;
- **le régime de conjoint associé** : dans ce cas, le conjoint est considéré comme n'importe quel autre associé de la société et affilié soit au régime général des salariés s'il perçoit une rémunération salariée, soit au régime de sécurité sociale des indépendants dans les autres cas. Il jouit donc des mêmes droits et obligations que le chef d'entreprise pour sa couverture sociale : il règle des cotisations et a droit aux mêmes prestations (indemnités journalières, allocations en cas de maternité et paternité etc.) ;
- **le régime de conjoint collaborateur** : la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a créé un statut et une reconnaissance pour le conjoint collaborateur du chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale, qui exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise sans percevoir de rémunération et sans avoir la qualité d'associé. Ce statut lui permet notamment de se constituer des droits aux prestations sociales dont la retraite mais qui seront la plupart du temps inférieurs à ceux de son conjoint.

Pour être collaborateur, le conjoint ne doit pas exercer d'autre profession à temps plein. Il est présumé mandataire et peut ainsi accomplir des actes d'administration et de gestion courante (faire un devis, signer les factures par exemple). Si ces actes sont accomplis pour les besoins de l'entreprise, seule la responsabilité du chef d'entreprise peut être engagée.

Pour que son conjoint puisse accéder au statut de conjoint collaborateur, le chef d'entreprise doit¹ :

- exercer en entreprise individuelle, y compris les auto entrepreneurs ;
ou
- être gérant associé unique ou gérant majoritaire (ou appartenir à un collège de gérance majoritaire) d'une SARL ou d'une SELARL.

Le conjoint collaborateur d'un travailleur indépendant est affilié à titre personnel et obligatoire au même régime que ce dernier pour les risques suivants pour lesquels il acquiert des droits propres : vieillesse invalidité-décès, et prestations en espèce maladie et maternité.

Les cotisations afférentes sont, lorsque le chef d'entreprise n'est pas micro entrepreneur :

- une cotisation minimale forfaitaire au titre des indemnités journalières maladie ;
- une cotisation au titre de la vieillesse et de l'invalidité-décès pour laquelle il dispose d'un droit d'option en matière d'assiette entre :
 - une assiette forfaitaire égale au tiers du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) ;
 - une assiette correspondant au tiers ou à la moitié du revenu d'activité du chef d'entreprise. Dans le cadre de ce calcul d'assiette, cette dernière peut être définie sans ou avec partage des revenus avec le chef d'entreprise (dans cette dernière option, qui requiert l'accord express du chef d'entreprise, la fraction du revenu retenue comme assiette du conjoint collaborateur est déduite du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette de cotisations du chef d'entreprise).

Le conjoint peut aussi souscrire une assurance volontaire accidents du travail maladies professionnelles auprès de la CPAM. La cotisation, à verser auprès de l'Urssaf, est calculée sur une base forfaitaire. Elle est déductible fiscalement.

Les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants, exception faite des travailleurs indépendants micro-entrepreneurs, bénéficient également de droits à la formation professionnelle compte tenu du fait que le code du travail prévoit que le chef d'entreprise est redevable d'une contribution à la formation professionnelle majorée.

¹ Article L. 121-4 du code du commerce. L'assimilation de l'appartenance à un collège de gérance majoritaire au statut de gérant majoritaire est d'origine jurisprudentielle)

Les cotisations afférentes sont, lorsque le chef d'entreprise a recours au dispositif des micro entrepreneurs, calculées sur la base du même taux global que le micro entrepreneur, et appliquées, au choix sur l'une des assiettes suivantes :

- une assiette égale à un pourcentage (58% pour les artisans commerçants ou 46% pour les professions libérales) du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise.
- une assiette forfaitaire égale à un pourcentage (58% pour les artisans commerçants ou 46% pour les professions libérales) du montant correspondant au rapport entre le tiers du plafond de la sécurité sociale et la différence entre 1 et le taux d'abattement correspondant à la nature d'activité du chef d'entreprise¹.

Les cotisations sociales du conjoint sont déductibles du revenu imposable du foyer fiscal comme celles du chef d'entreprise (sauf régime fiscal de la microentreprise).

Ce statut du conjoint collaborateur est souple, simple (peu de formalités administratives) et d'un faible coût pour l'entreprise pour une protection sociale complète. Il peut être choisi même si le conjoint exerce une activité à temps partiel hors de l'entreprise.

b) Un statut qui peut être modernisé

Plusieurs mesures de simplification ou de modernisation apparaissent néanmoins possibles.

En premier lieu, ce statut n'est ouvert qu'aux conjoints mariés ou pacsés au chef d'entreprise. Un conjoint concubin au chef d'entreprise n'a pas accès à ce statut au régime général, à la différence du régime agricole qui ouvre déjà la possibilité au concubin du chef d'exploitation de bénéficier du statut de conjoint collaborateur, ce qui est susceptible de constituer une rupture d'égalité selon la profession du conjoint. Cette restriction peut également avoir pour conséquence de favoriser l'absence de déclaration du conjoint concubin qui travaille régulièrement avec son conjoint chef d'entreprise.

Par ailleurs, une évolution du mode de calcul des cotisations des conjoints collaborateurs des micro-entrepreneurs apparaît nécessaire : ces conjoints collaborateurs cotisent en effet au même taux global que le chef d'entreprise micro-entrepreneur, et sur la base d'une fraction d'assiette censée représenter les taux auxquels ils cotisent. Néanmoins ces fractions ne sont plus exactement représentatives de la part des risques devant être cotisée dans le taux global dû par les micro-entrepreneurs.

Enfin, le taux de recours à ce statut ne cesse de diminuer. Du côté du régime agricole, l'effectif des conjoints collaborateurs a diminué de 20 % en dix ans. En 2019, 2 315 personnes sont entrées dans le statut de conjoint collaborateur et 4 415 en sont sorties, soit un solde négatif de 1 830 personnes. A la fin de l'année 2019, on recensait 44 000 conjoints collaborateurs (dont 3 750 conjoints de professionnels libéraux)².

Côté régime général, fin décembre 2019, il est dénombré environ 14 250 conjoints collaborateurs actifs chez les artisans, 25 060 chez les commerçants, 950 parmi les cotisants en profession libérale et 26 chez les professions libérales non réglementées³.

Les effectifs des conjoints collaborateurs reculent de 2 % par rapport à 2018. L'évolution des effectifs de conjoints collaborateurs diffère selon le groupe professionnel. Ainsi, le nombre de conjoints collaborateurs artisans est stable en 2019 (0,4 %) après plusieurs années de baisse (-1,4 % en 2018 par rapport à 2017, -2,3 % par an en moyenne depuis fin 2009), alors que les effectifs de conjoints collaborateurs commerçants ont progressé fortement entre 2007 et 2011 puis en dents de scie jusqu'en 2014, et décroissent significativement depuis 2015 (-4,3 % par an en moyenne). Au sein des cotisants en profession libérale, les effectifs de conjoints collaborateurs ne cessent de diminuer depuis le début des années 2000.

Ces évolutions modifient peu la proportion de conjoints collaborateurs dans la population cotisante : ils représentent 1,8 % de l'effectif total des artisans et commerçants y compris les micro-entrepreneurs (1,3 % de l'effectif artisan et 2,1 % de l'effectif commerçant), comme fin 2018.

Dans ce contexte, il est proposé de simplifier et de moderniser le statut de conjoint collaborateur. En 2013, le comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes recommandait « d'inciter le conjoint collaborateur à valoriser son expérience professionnelle vers une activité rémunératrice »⁴.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé en premier lieu **d'étendre le statut de conjoint collaborateur du chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale à la personne qui vit en concubinage avec ce chef d'entreprise.**

Le statut de conjoint collaborateur qui ne concernait que les personnes mariées aux chefs d'entreprise, a été ouvert aux personnes qui sont liées au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité par la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

¹ De manière à « reconstituer » le chiffre d'affaires correspondant à un revenu représentant 1/3 du PASS. Par exemple pour un prestataire de service, le niveau d'abattement représentatif de frais professionnels étant de 34%, le chiffre d'affaire obtenu représente 1/3 PASS / (1 - 34%) soit environ 20 775 €.

² Données issues du rapport de l'Assemblée nationale sur la proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles, 2021.

³ Données issues du dernier numéro Essentiel 2020 sur les travailleurs indépendants en 2019 publié par l'ACOSS.

⁴ Feuille de route, Comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes, Ministère de l'artisanat, du commerce et du tourisme, 2013.

Alors que dans le secteur agricole le statut de conjoint collaborateur est accessible aux personnes qui vivent en concubinage avec un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole depuis la loi n° 2006-11 d'orientation agricole du 5 janvier 2006¹, tel n'était pas le cas, jusqu'à présent, pour les concubins des chefs d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale.

Il est également proposé de **simplifier et d'adapter le mode de calcul des cotisations sociales pour les conjoints collaborateurs, y compris pour les conjoints de micro entrepreneurs.**

Le nombre d'options ouvertes en matière de calcul de cotisations sera réduit de cinq à trois, en supprimant la possibilité de cotiser sur la base du tiers du revenu du chef d'entreprise (avec ou sans partage d'assiette). Les conjoints collaborateurs auront donc le choix entre une assiette forfaitaire égale au tiers du PASS, et une assiette correspondant à la moitié du revenu du chef d'entreprise, avec ou sans partage d'assiette.

Pour les conjoints collaborateurs des micro-entrepreneurs, le principe serait de les faire cotiser comme le chef d'entreprise sur la base d'une assiette de chiffre d'affaires, d'un taux global de cotisations et d'une répartition adaptée aux risques auxquels ils cotisent en :

- maintenant le principe d'une assiette de chiffre d'affaires calculée soit en fonction du chiffre d'affaires du chef d'entreprise, soit d'un montant forfaitaire correspondant à 1/3 du PASS reconstitué en chiffre d'affaires.
- définissant un taux global de cotisation et une répartition spécifique qui tienne compte des seuls risques auxquels cotise un conjoint, à savoir : retraite de base, retraite complémentaire, invalidité- décès et indemnités journalières. Ce mode de calcul aurait l'avantage de simplifier la règle et de la rendre ainsi plus lisible et compréhensible. De plus l'évolution du taux de la cotisation du conjoint collaborateur suivrait celle des taux AE de droit commun.

Enfin, à l'instar de l'évolution portée par la proposition de loi dite « Chassaigne » dans le domaine agricole², il est également proposé de **limiter à cinq années la possibilité d'exercer sous le statut de conjoint collaborateur** Dans l'objectif de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle rémunératrice et d'avantage créatrice de droits sociaux.

A l'issue de cette durée et à défaut de déclaration du chef d'entreprise permettant de requalifier le statut de son conjoint, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise est réputé le faire sous le statut de conjoint salarié.

Cette limitation a pour objectif d'assurer que les conjoints ne conservent pas ce statut durant toute leur vie professionnelle et qu'ils soient incités à se tourner vers des statuts plus protecteurs, comme ceux de salarié, associé ou travailleur indépendant.

Il est proposé que cette limitation, à l'instar de l'actuelle rédaction de la proposition de loi Chassaigne issue de la première lecture à l'Assemblée nationale, soit applicable à l'ensemble des conjoints collaborateurs (actuels et nouveaux) à compter du 1^{er} janvier 2022. Ce qui signifie concrètement, que les conjoints collaborateurs actuellement en exercice avant le 1^{er} janvier 2022 pourraient continuer d'en bénéficier pour cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2022. Pour les nouvelles options pour le statut de conjoint collaborateur à compter du 1^{er} janvier 2022, cette durée maximale commencerait à compter de la date de début d'activité.

Il est également prévu de simplifier les modalités de calcul des cotisations des conjoints collaborateurs des micro entrepreneurs dont la complexité a été exposée *supra*. L'objectif est de rendre plus compréhensibles ces modalités de calcul en gardant le principe d'une option d'assiette entre le chiffre d'affaires de l'auto entrepreneur et une assiette forfaitaire (tiers du PASS) et en définissant un taux global de cotisation appliqué à cette assiette, à l'instar de ce qui se fait pour l'auto entrepreneur.

b) Autres options possibles

Une autre possibilité pour moderniser le statut de conjoint collaborateur aurait été d'en interdire, par voie législative, le cumul avec une autre activité, qu'elle soit salariée ou indépendante. Cette option aurait conduit à diminuer les droits de certains conjoints collaborateurs ayant d'autres activités ponctuelles par ailleurs, et n'a par conséquent pas été retenue.

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

La mesure proposée est relative à l'assiette et aux modalités de recouvrement des cotisations des conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants et se rattache, à ce titre, directement au 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

La mesure doit être présentée au CPSTI conformément à l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale.

¹ Article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime

² Article 3 de la proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles en cours d'examen au Parlement, voté en première lecture à 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 Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

Articles L. 121-4 et L. 121-8 du code de commerce pour la limitation dans le temps du statut du conjoint collaborateur et l'ouverture aux concubins

Articles L. 661-2 et L. 662-1 code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Directement applicable
Mayotte	Les dispositions du code du travail sont directement applicables Les dispositions du code de la sécurité sociale ne le sont pas
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Les dispositions du code du travail sont directement applicables Les dispositions du code de la sécurité sociale ne le sont pas
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Les dispositions du code du travail sont directement applicables Les dispositions du code de la sécurité sociale ne le sont pas

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'effet financier de la mesure sera globalement neutre.

L'ouverture du statut de conjoint collaborateur aux concubins permettra d'étendre le nombre d'affiliés à la sécurité sociale des indépendants en tant que conjoints collaborateurs puisqu'avant ce public était exclu de ce statut et pouvait ne pas être déclaré et cotiser.

La limitation à cinq ans du bénéfice de ce statut pourra avoir pour effet d'inciter les intéressés à se tourner vers d'autres statuts plus protecteurs.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre		0			
- Maladie		0			
- AT-MP		0			
- Famille		0			
- Vieillesse		0			
- Autonomie		0			
(Autre : Etat, etc.)		0			

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

a) Impacts économiques

L'ouverture du statut de conjoint collaborateur aux concubins permettra d'étendre le nombre d'affiliés à la sécurité sociale des indépendants en tant que conjoints collaborateurs puisqu'avant ce public était exclu de ce statut et pouvait ne pas être déclaré et cotiser.

A l'inverse à moyen terme la limitation à cinq ans de ce statut jouera à la baisse sur le nombre de conjoints collaborateurs.

b) Impacts sociaux

La limitation dans la durée du statut de conjoint collaborateur a pour objectif d'assurer que les conjoints ne conservent pas ce statut durant toute leur vie professionnelle et qu'ils soient incités à se tourner vers des statuts plus protecteurs et valorisants, comme ceux de salarié, associé ou travailleur indépendant.

L'ACOSS¹ note que l'âge moyen des conjoints collaborateurs artisans et commerçants (49 ans et 2 mois) est plus élevé que celui des autres cotisants (hors conjoints collaborateurs) de quatre ans et deux mois pour les artisans et cinq ans et trois mois pour les commerçants. Ainsi, 65 % des conjoints collaborateurs artisans et commerçants ont entre 40 et 60 ans, contre environ 50 % des cotisants artisans et commerçants.

La moitié des conjoints collaborateurs âgés de plus de 55 ans ont une durée d'assurance à la Sécurité sociale des travailleurs indépendants de moins de 10 ans, mais leur part a baissé depuis 2017 (passant de 67 % fin 2017 à 50 % fin 2019). La tranche des 11 à 20 ans est, quant à elle, passée de 23 % en 2017 à 37 % en 2019 car l'ensemble des conjoints collaborateurs entrés dans le régime en 2007 (13 % du stock de conjoint collaborateurs fin 2019) a dorénavant strictement plus de 10 ans d'assurance dans le régime. La part des conjoints collaborateurs ayant une durée d'assurance supérieure à 20 ans est également en légère hausse par rapport à 2018 (passant de 12 % à 13 %).

La mesure simplifiant le calcul des cotisations et contributions sociales des conjoints collaborateurs, permettra à ces derniers d'ouvrir plus de droits (retraite, formation professionnelle, invalidité décès, IJ).

• Impact sur les jeunes

Néant

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Néant

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental

¹ Données issues du dernier numéro Essentiel 2020 sur les travailleurs indépendants en 2019 publié par l'ACOSS.

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

La limitation dans la durée du statut de conjoint collaborateur aura un effet favorable sur la protection sociale des femmes dans la mesure où ce sont principalement les femmes qui sont affiliées en tant que conjoint collaborateur et qu'elles seront incitées à se tourner vers des statuts plus protecteurs, comme ceux de salarié, associé ou travailleur indépendant.

À l'inverse de la population globale des actifs, la très grande majorité des conjoints collaborateurs sont des femmes, bien que leur part diffère selon le groupe professionnel : ce sont des conjointes collaboratrices pour 71 % des commerçants et 81 % des artisans¹.

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 limitation dans le temps du statut du conjoint collaborateur nécessitera de la part du chef d'entreprise la réalisation d'une démarche de modification d'activité de son entreprise auprès de son centre de formalité des entreprises (CFE) ou du guichet unique à compter du 1^{er} janvier 2023, lorsque son conjoint aura été collaborateur pendant 5 ans. Il s'agira donc de le supprimer en tant que conjoint collaborateur et de déterminer son nouveau statut (associé ou salarié).

Si le conjoint anciennement collaborateur souhaite devenir également travailleur indépendant, il devra réaliser une démarche CFE de création d'activité.

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

L'évolution des modalités de cotisation des conjoints collaborateurs des micro-entrepreneurs nécessitera une adaptation du système d'information de l'ACOSS.

La mesure de limitation à cinq ans de la durée de bénéfice du statut impliquera une capacité des caisses de sécurité sociale à tirer les conséquences du changement de statut des personnes concernées notamment dans leurs systèmes d'information, sur la base d'un « compteur » dont les modalités devront être précisées. Elle nécessitera la mesure en place des flux d'information nécessaires entre les administrations destinataires des informations relatives à la création ou à la modification de la situation de l'entreprise

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

Sans objet.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour préciser les conditions d'application de la limitation à cinq ans du statut de conjoint collaborateur.

La modification des assiettes de cotisations des conjoints collaborateurs se fera par décret.

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

S'agissant de la mesure de limitation à cinq ans du statut de conjoint collaborateur, celle-ci sera applicable aux personnes ayant opté pour ce statut antérieurement à son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Celles-ci pourront bénéficier de ce statut pour une durée supplémentaire de cinq années.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une campagne d'information devra être déployée afin d'indiquer aux entreprises les nouvelles règles s'appliquant au statut du conjoint collaborateur. Cette campagne devra mobiliser les organismes de sécurité sociale mais également les centres de formalité des entreprises ainsi que les acteurs accompagnant les entreprises lors de la création d'activité.

d) Suivi de la mise en œuvre

¹ Données issues du dernier numéro Essentiel 2020 sur les travailleurs indépendants en 2019 publié par l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Intitulé de la section 2 du chapitre I ^{er} du titre II du livre I ^{er} actuel du code de commerce	Intitulé de la section 2 du chapitre I ^{er} du titre II du livre I ^{er} modifié du code de commerce
Du conjoint du chef d'entreprise ou du partenaire lié au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité, travaillant dans l'entreprise familiale	Du conjoint du chef d'entreprise ou du partenaire lié au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité, travaillant dans l'entreprise familiale Du conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin du chef d'entreprise, travaillant dans l'entreprise familiale
Article L. 121-4 actuel du code de commerce	Article L. 121-4 modifié du code de commerce
<p>I. - Le conjoint du chef d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale qui y exerce de manière régulière une activité professionnelle opte pour l'un des statuts suivants :</p> <p>1° Conjoint collaborateur ;</p> <p>2° Conjoint salarié ;</p> <p>3° Conjoint associé.</p> <p>II. - En ce qui concerne les sociétés, le statut de conjoint collaborateur n'est autorisé qu'au conjoint du gérant associé unique ou du gérant associé majoritaire d'une société à responsabilité limitée ou d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée.</p> <p>Le choix effectué par le conjoint du gérant associé majoritaire de bénéficiaire du statut de conjoint collaborateur est porté à la connaissance des associés lors de la première assemblée générale suivant la mention de ce statut auprès des organismes mentionnés au IV.</p> <p>III. - Les droits et obligations professionnels et sociaux du conjoint résultent du statut pour lequel il a opté.</p> <p>IV.-Le chef d'entreprise est tenu de déclarer l'activité professionnelle régulière de son conjoint dans l'entreprise et le statut choisi par ce dernier auprès des organismes habilités à enregistrer l'immatriculation de l'entreprise. Seul le conjoint collaborateur fait l'objet d'une mention dans les registres de publicité légale à caractère professionnel</p> <p>A défaut de déclaration d'activité professionnelle, le conjoint ayant exercé une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise est réputé l'avoir fait sous le statut de conjoint salarié.</p> <p>A défaut de déclaration du statut choisi, le chef d'entreprise est réputé avoir déclaré que ce statut est celui de conjoint salarié.</p> <p>V.-La définition du conjoint collaborateur, les modalités des déclarations prévues au présent article et les autres conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>I. - Le conjoint du chef d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale qui y exerce de manière régulière une activité professionnelle opte pour l'un des statuts suivants :</p> <p>1° Conjoint collaborateur ;</p> <p>2° Conjoint salarié ;</p> <p>3° Conjoint associé.</p> <p>II. - En ce qui concerne les sociétés, le statut de conjoint collaborateur n'est autorisé qu'au conjoint du gérant associé unique ou du gérant associé majoritaire d'une société à responsabilité limitée ou d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée.</p> <p>Le choix effectué par le conjoint du gérant associé majoritaire de bénéficiaire du statut de conjoint collaborateur est porté à la connaissance des associés lors de la première assemblée générale suivant la mention de ce statut auprès des organismes mentionnés au IV.</p> <p>III. - Les droits et obligations professionnels et sociaux du conjoint résultent du statut pour lequel il a opté.</p> <p>IV.-Le chef d'entreprise est tenu de déclarer l'activité professionnelle régulière de son conjoint dans l'entreprise et le statut choisi par ce dernier auprès des organismes habilités à enregistrer l'immatriculation de l'entreprise. Seul le conjoint collaborateur fait l'objet d'une mention dans les registres de publicité légale à caractère professionnel.</p> <p>A défaut de déclaration d'activité professionnelle, le conjoint ayant exercé une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise est réputé l'avoir fait sous le statut de conjoint salarié.</p> <p>A défaut de déclaration du statut choisi, le chef d'entreprise est réputé avoir déclaré que ce statut est celui de conjoint salarié.</p> <p>IV bis. – Une personne ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant une durée supérieure à cinq ans, en tenant compte de l'ensemble des périodes et des entreprises au titre desquelles elle a opté pour ce statut.</p> <p>Au-delà de cette durée le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise opte pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé. A défaut, il est réputé avoir opté pour le statut de conjoint salarié.</p> <p>V.-La définition du conjoint collaborateur, les modalités des déclarations prévues au présent article et les autres conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

Article L. 121-8 actuel du code de commerce	Article L. 121-8 modifié du code de commerce
La présente section est également applicable aux personnes qui sont liées au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité.	La présente section est également applicable aux personnes qui sont liées au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité ou qui vivent en concubinage avec le chef d'entreprise.
	Article L. 661-2 créé du code de la sécurité sociale
	<p>L'organisme de sécurité sociale dont relève le conjoint collaborateur mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 661-1 peut procéder à sa radiation en cas de dépassement de la durée de cinq ans au-delà de laquelle il est réputé exercer son activité sous le statut de conjoint salarié en application du IV bis de l'article L. 121-4 du code de commerce. La radiation est décidée à l'issue d'une procédure contradictoire dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'Etat et prend effet au terme de la dernière année civile au cours de laquelle la période de cinq ans arrive à échéance.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.</p>
Article L. 662-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 662-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les cotisations des conjoints collaborateurs autre que celles mentionnées au cinquième alinéa sont calculées, à leur demande :</p> <p>1° Soit sur la base d'un revenu forfaitaire ;</p> <p>2° Soit sur la base d'une fraction du revenu d'activité du chef d'entreprise. Cette fraction s'applique également aux cotisations fixées forfaitairement ;</p> <p>3° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur la base d'une fraction du revenu d'activité de ce dernier, laquelle est alors déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette des cotisations dues par le chef d'entreprise au titre des différents risques mentionnés à l'article L. 661-1.</p> <p>Les cotisations dues par les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 622-1 en vue de leur indemnisation en cas de maladie sont calculées sur la base du montant mentionné à la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 621-1 et du taux minimal résultant de l'application des dispositions suivantes du même alinéa.</p> <p>Le 1°, ainsi que, pour les cotisations d'assurance vieillesse de base, le 3°, ne sont pas applicables aux conjoints collaborateurs des assurés affiliés au régime institué en application du titre 5 du présent livre.</p> <p>Le 3° n'est pas applicable aux conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7. Pour l'application à ces conjoints du 1° et du 2° il y a lieu d'entendre le chiffre d'affaires ou les recettes là où est mentionné le revenu.</p> <p>Des décrets fixent pour chaque régime le montant du revenu et le niveau des fractions mentionnés aux 1° à 3°. Ces décrets peuvent fixer plusieurs fractions entre lesquelles les conjoints collaborateurs peuvent opter.</p> <p>Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs</p>	<p>Les cotisations des conjoints collaborateurs autre que celles mentionnées au cinquième alinéa autres que celles mentionnées aux cinquième et septième alinéas sont calculées, à leur demande :</p> <p>1° Soit sur la base d'un revenu forfaitaire ;</p> <p>2° Soit sur la base d'une fraction du revenu d'activité du chef d'entreprise. Cette fraction s'applique également aux cotisations fixées forfaitairement ;</p> <p>3° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur la base d'une fraction du revenu d'activité de ce dernier, laquelle est alors déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette des cotisations dues par le chef d'entreprise au titre des différents risques mentionnés à l'article L. 661-1.</p> <p>Les cotisations dues par les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 622-1 en vue de leur indemnisation en cas de maladie sont calculées sur la base du montant mentionné à la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 621-1 et du taux minimal résultant de l'application des dispositions suivantes du même alinéa.</p> <p>Le 1°, ainsi que, pour les cotisations d'assurance vieillesse de base, le 3°, ne sont pas applicables aux conjoints collaborateurs des assurés affiliés au régime institué en application du titre 5 du présent livre.</p> <p>Le 3° n'est pas applicable aux conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7. Pour l'application à ces conjoints du 1° et du 2° il y a lieu d'entendre le chiffre d'affaires ou les recettes là où est mentionné le revenu. Pour les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7, les cotisations sont calculées, à leur demande, soit sur la base d'un montant forfaitaire, soit sur la base du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. Le taux global de cotisation mentionné au I de l'article</p>

<p>indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants.</p>	<p>L 613-7 est déterminé à raison des seuls risques mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 661-1.</p> <p>Des décrets fixent pour chaque régime le montant du revenu et le niveau des fractions mentionnés aux 1° à 3°. Ces décrets peuvent fixer plusieurs fractions entre lesquelles les conjoints collaborateurs peuvent opter, ainsi que le montant forfaitaire mentionné au septième alinéa du présent article.</p> <p>Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants.</p>
--	---

Article 15 - Modification du droit de communication dans le cadre des procédures des URSSAF

I. Présentation de la mesure

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

Les articles L.114-19 et suivants du code de la sécurité sociale instituent un droit de communication au profit de certains agents des organismes de sécurité sociale. Ce droit de communication permet d'obtenir des informations et des documents auprès d'organismes ou d'entreprises notamment les établissements bancaires, sans qu'il leur soit opposé le secret professionnel, y compris bancaire. Les documents et informations doivent être communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.

Le droit de communication auprès de tiers est directement inspiré des pouvoirs conférés aux services fiscaux et s'apparente au pouvoir de réquisition des services de police judiciaire. Il concourt au contrôle du droit à prestation et à la découverte d'agissements frauduleux qui peuvent être constitutifs d'infractions pénales (travail dissimulé par exemple).

Dans certains cas, le délai de réponse des tiers sollicités peut s'avérer excessivement long et la transmission des documents sous format papier ne permet pas une exploitation rapide et pertinente de l'information. Cette situation a pour effet d'allonger la durée du contrôle et d'accroître le préjudice financier résultant de la fraude lorsque le droit litigieux n'est pas suspendu ou que la société organise son insolvabilité.

L'intervention du législateur est donc nécessaire pour parachever la construction juridique du droit de communication dont les modalités d'exercice sont fixées par les dispositions de l'article L.114-19 du code de la sécurité sociale.

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

a) Mesures proposées

Dématérialisation des échanges sur décision de l'agent :

La faculté d'exercer le droit de communication par voie électronique est déjà ouverte aux agents agissant dans le cadre d'une réquisition judiciaire depuis 2007 (article 60-1 du code de procédure pénale) et à l'administration fiscale depuis 2015 (article L81 alinéa 3 du Livre des procédures fiscales). Depuis la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020, cette possibilité est également prévue pour les agents de Pôle emploi chargés de la prévention des fraudes (article L. 5312-13-2 du code du travail).

Afin d'aligner le droit de communication dont bénéficient les organismes sociaux sur le modèle de ce qui existe en matière fiscale, il est prévu que l'agent de l'organisme de sécurité sociale faisant usage du droit de communication ait la possibilité, au vu des circonstances et des moyens dont dispose le tiers sollicité, de lui imposer des échanges et des réponses sous forme dématérialisée.

La dématérialisation permettra d'accélérer la transmission des informations, d'alléger la charge induite pour les tiers en évitant les photocopies et de fiabiliser les données recueillies en prévenant les erreurs de ressaisie.

A titre subsidiaire, il est proposé d'actualiser les références du renvoi à une disposition du code du travail.

b) Autres options possibles

Il pourrait être envisagé en outre de parachever le dispositif, toujours sur le modèle fiscal, en augmentant et en harmonisant les montants de pénalités prévues en cas de non-réponse ou de réponse tardive (montant pour les demandes nominatives et non nominatives portés de 1 500 € à 5 000 € par cotisant, assuré ou allocataire avec un maximum sur une période déterminée) et en définissant une procédure de sanction commune à tous les organismes de sécurité sociale (pouvoir de sanction à la main du directeur de la caisse ; définition d'une procédure contradictoire).

Alternativement, le montant de la pénalité pourrait être porté au plafond de 10 000 € par cotisant, assuré ou allocataire avec un pouvoir d'appréciation du directeur de l'organisme selon les circonstances et la gravité du manquement. Ce mécanisme est déjà mis en œuvre en cas d'obstacle au contrôle des agents des URSSAF.

De telles mesures n'ont pas été retenues, le prononcé de sanctions ne paraissant pas de nature à faciliter l'exercice du droit de communication dans de bonnes conditions.

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

La lutte contre toute forme de fraude est 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 à l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale, la mesure FR 02 trouve donc sa place en LFSS au titre du 2° du C du V. de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale. De plus, le droit de communication, s'il renforce la lutte contre la fraude, s'analyse aussi comme une modalité de recouvrement des cotisations et contributions. La mesure relève également de la LFSS au titre du 3° du B du V de l'article LO.111-3.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

Il n'existe pas de 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

Modification de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

En 2019, avant même la crise sanitaire, 148 000 droits de communication ont été mis en œuvre par l'ensemble des organismes de sécurité sociale (versant des prestations ou recouvrant les cotisations), dont 103 000 auprès des banques.

La mesure permettra aux agents des organismes de sécurité sociale d'agir plus rapidement contre la fraude en améliorant le recueil des informations utiles. Le gain d'efficacité pour les organismes peut être estimé à hauteur de 0,5 % de leurs résultats de l'année passée. En 2020, le montant de la fraude détectée par les principaux organismes de sécurité sociale s'établit à 1,16 Md€.

L'impact financier de la mesure peut ainsi être estimé à 6 M€ environ.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre		+ 6			
- Maladie		+ 1,2			
- AT-MP					
- Famille		+ 2,5			
- Vieillesse		+ 1,4			
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement

La mesure constitue un geste de transition écologique et une avancée vers la dématérialisation complète.

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

Sans objet

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

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

Sans objet. Les garanties prévues pour les usagers par les dispositions de l'article L. 114-21 sont inchangées.

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

La dématérialisation des échanges a pour objectif de simplifier la gestion du droit de communication tant pour les organismes de sécurité sociale que pour les tiers, en particulier les établissements bancaires qui sont les plus sollicités.

Aucun fichier ne doit être constitué pour l'exercice du droit de communication. En revanche, des développements techniques pourraient être nécessaires à la sécurisation de la transmission des données, ou *a minima* un accord sur l'utilisation de moyens d'échanges de données entre acteurs.

Des solutions sécurisées existantes pourront être mobilisées. Certains organismes de sécurité sociale ou établissements bancaires ont déjà recours pour leurs activités à des plateformes sécurisées d'échange comme par exemple les logiciels Zéfir (Urssaf) ou Secure Share (Société Générale, Crédit du Nord). A cet égard, l'agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) peut accompagner les intéressés dans leur choix (exemple du logiciel Zed! d'échange par courrier électronique de fichiers chiffrés certifié par l'ANSSI et préconisé par la Mission interministérielle de coordination anti-fraude – MICAF). Les solutions devront être facilement utilisables par les tiers sollicités régulièrement (notamment les banques). Un groupe de travail sera constitué à cet effet.

A moyen terme, il pourrait également être envisagé de recourir à la plateforme PEBA en cours d'expérimentation par le ministère de l'Intérieur (DGGN) et certaines banques pour la dématérialisation des réquisitions judiciaires. Des réflexions ont été engagées en ce sens sous l'égide de la MICAF, dans le cadre du groupe opérationnel national anti-fraude (GONAF) « adaptation des moyens d'enquête aux enjeux du numérique », avec le **Comité Français d'Organisation et de Normalisation Bancaires – CFONB**.

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.

La mesure s'accompagnera d'une nouvelle circulaire ministérielle visant à préciser les modalités de mise en œuvre de la dématérialisation du droit de communication et à encadrer les pratiques des organismes.

Ces modalités d'application feront l'objet de concertation dans le cadre de groupes de travail avec les principaux tiers sollicités, notamment les établissements bancaires (avec la Fédération Bancaire Française, et le CFONB le cas échéant).

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

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre de la mesure pourra être réalisé dans le cadre des bilans « fraude » que les organismes de sécurité sociale transmettent une fois par an à la tutelle.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-19 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 114-19 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :</p> <p>1° Aux agents des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;</p> <p>2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail ;</p> <p>3° Aux agents des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment ou des prestations recouvrables sur la succession.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les données ainsi obtenues peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé. Les modalités de l'interconnexion sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.</p> <p>Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.</p> <p>Le silence gardé ou le refus de déférer à une demande relevant du premier alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de la pénalité puisse être supérieur à 10 000 €.</p> <p>Le silence gardé ou le refus de déférer à une demande relevant du cinquième alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 5 000 €. Cette pénalité s'applique pour</p>	<p>Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :</p> <p>1° Aux agents des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;</p> <p>2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 aux articles L. 8271-7 et suivants du code du travail ;</p> <p>3° Aux agents des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment ou des prestations recouvrables sur la succession.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les données ainsi obtenues peuvent faire l'objet d'une interconnexion avec les données des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé. Les modalités de l'interconnexion sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.</p> <p>Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit par voie dématérialisée sur demande de l'agent chargé du contrôle ou du recouvrement, dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.</p> <p>Le silence gardé ou le refus de déférer à une demande relevant du premier alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de la pénalité puisse être supérieur à 10 000 €.</p> <p>Le silence gardé ou le refus de déférer à une demande relevant du cinquième alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 5 000 €. Cette pénalité s'applique pour</p>

<p>chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités n'est pas communiqué.</p> <p>Ces montants sont doublés en cas de récidive de refus ou de silence gardé du tiers dans le délai de cinq ans à compter de l'expiration du délai de trente jours octroyé au tiers pour faire droit à la première demande de l'organisme de sécurité sociale.</p>	<p>chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités n'est pas communiqué.</p> <p>Ces montants sont doublés en cas de récidive de refus ou de silence gardé du tiers dans le délai de cinq ans à compter de l'expiration du délai de trente jours octroyé au tiers pour faire droit à la première demande de l'organisme de sécurité sociale.</p>
--	--

Article 16 – Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé

I. Présentation de la mesure

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

• Les montants de déclenchement des clauses de sauvegarde pour les médicaments et les dispositifs médicaux sont à fixer pour l'année 2022

Le Comité économique des produits de santé (CEPS), les caisses d'assurance maladie et les directions d'administration centrale assurent tout au long de l'année une gestion active en matière d'évolution des dépenses de produits de santé remboursables. Les actions menées visent notamment à rendre plus efficiente la dépense publique dans ce domaine et doivent contribuer in fine au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Toutefois, compte tenu de l'arrivée de nouveaux produits, des incertitudes pesant sur certaines négociations à fort enjeu et de l'effet que ceci induit sur la dynamique des dépenses, ces différentes actions ne suffisent pas toujours à garantir que la progression de ces dépenses sera compatible avec le respect de l'ONDAM. Le mécanisme dit de clause de sauvegarde permet ainsi d'assurer en dernier recours une atténuation du niveau de dépenses liées aux produits remboursés. Il s'applique lorsque la croissance de ces dépenses dépasse un niveau fixé par la loi et conforme aux objectifs de croissance déterminés dans le cadre du CSIS (2,4% sur 3 ans) Cette clause de sauvegarde, initialement introduite en 1999 pour les médicaments, a été revue en 2015, 2017, 2018 et 2020. Elle a été introduite en 2019 pour les dispositifs médicaux de la liste en sus hospitalière. La clause de sauvegarde liée aux dépenses sur le médicament est prévue aux articles L.138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, celle du dispositif médical aux articles L. 138-19-8 et suivants du même code. Elles prévoient la fixation des montants M et Z, seuils de déclenchement des contributions, respectivement pour le médicament et le dispositif médical, pour chaque année. Il est ainsi nécessaire de fixer M et Z pour l'année 2022.

• Les règles de plafond pour la contribution dispositifs médicaux peuvent être simplifiées

L'assiette de la contribution sur les dispositifs médicaux, à la différence de celle pour les médicaments, est déterminée directement sur la base des montants remboursés par l'assurance maladie au cours d'une période déterminée, ce qui permet a priori un calendrier de recouvrement indépendant de déclarations individuelles des entreprises, malgré le caractère collectif de cette contribution.

Néanmoins, le plafonnement individuel de cette contribution reste fondé sur les chiffres d'affaires des entreprises, ce qui contraint tout de même à une déclaration dont les parties prenantes pourraient être dispensées. Il est à noter que la contribution n'ayant pas été déclenchée au titre de 2020, et compte tenu des circonstances particulières liées à la crise sanitaire, il a été demandé aux entreprises de ne pas déclarer les montants de chiffres d'affaires 2020, pour éviter des formalités inutiles.

Ainsi, une simplification pourrait être opérée sur la procédure de la clause relative aux dispositifs médicaux, sans que la garantie pour les entreprises que constitue le plafonnement ne soit remise en cause.

• Les assiettes des contributions relatives aux montants M et Z doivent être mises en cohérence pour inclure l'ensemble des dépenses d'assurance maladie concernées

La mise en cohérence du montant Z avec celle du montant M porte sur l'intégration de la prise en charge transitoire des dispositifs médicaux.

Actuellement, l'assiette du montant M englobe notamment les chiffres d'affaires réalisés par les médicaments bénéficiant d'un accès précoce prévu à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et pris en charge à ce titre.

En revanche, le montant Z n'inclut pas à l'heure actuelle les dépenses relatives aux prises en charge transitoires de dispositifs médicaux prévues à l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale, dont le parallèle peut pourtant être fait avec l'accès précoce du médicament et dont il est cohérent qu'elles soient incluses dans le champ de Z s'agissant de dispositifs médicaux présumés innovants, onéreux, et donnant lieu à des versements de l'assurance maladie aux établissements de santé.

Dans un souci de cohérence entre les montants M et Z, une transposition du champ considéré pour le médicament au dispositif médical, pour les prises en charge transitoires, est proposée.

La mise en cohérence du périmètre de l'assiette de M porte sur l'inclusion des importations de médicaments donnant lieu à une prise en charge ainsi que des dépenses relatives au dispositif d'accès direct (article 36 du présent PLFSS introduisant à titre expérimental une prise en charge anticipée de certains médicaments dès l'avis de la Haute Autorité de santé).

Actuellement, le montant M est calculé sur la base des chiffres d'affaires réalisés par les médicaments des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques. La loi ne prévoit pas dans l'assiette du calcul de ce montant M le cas des entreprises assurant l'importation de médicaments. Pour autant, l'objectif de la clause de sauvegarde est bien de considérer l'ensemble des dépenses d'assurance maladie relatives aux médicaments. Ainsi, il apparaît cohérent d'introduire ces dépenses, lorsqu'elles sont remboursées, dans l'assiette du montant M. De même, l'introduction du nouveau dispositif de prise en

charge direct en amont de l'inscription sur les listes de remboursement positives doit être pris en considération dans la clause de sauvegarde (cf. article 36 du PLFSS).

• **Les contributions sur les médicaments peuvent être harmonisées**

Les entreprises exploitant, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle ou assurant la distribution parallèle sont soumises à plusieurs contributions.

La contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale porte sur les dépenses de promotion engagées par les entreprises au titre de médicaments remboursés au titre de leur inscription sur les listes ville et collectivités. Une exonération est prévue pour les entreprises dont le chiffre d'affaires (CA) au titre de ces médicaments remboursés est inférieur à 15 millions d'euros. Par équité de traitement au regard des médicaments pris en charge, un médicament bénéficiant d'un accès précoce et pris en charge à ce titre doit être déclaré au titre de cette contribution puisqu'il peut donner lieu à des dépenses promotionnelles en post-AMM. Ce médicament peut être acheté, fourni, pris en charge et utilisé par les collectivités mais sans être inscrit sur la liste collectivités : il convient de clarifier que ces médicaments peuvent donner lieu au versement de cette contribution et dès lors, donner lieu à une exonération. De même, il est proposé d'ajouter que les produits pris en charge au titre de l'accès direct nouvellement créé par le présent projet de loi figurent dans le périmètre de la contribution, et peuvent donner lieu à une exonération.

Par ailleurs, les entreprises pharmaceutiques sont redevables d'une contribution sur le chiffre d'affaires et d'une contribution additionnelle lorsque les médicaments commercialisés sont remboursés par l'assurance maladie (article L. 245-6 du code de la sécurité sociale). Pour autant, ne figurent dans l'assiette que les médicaments pris en charge en application de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Ainsi, les médicaments en accès précoce et pris en charge à ce titre, de même que ceux qui bénéficieront de la prise en charge au titre l'accès direct en application du nouveau dispositif décrit par la mesure MO24, ne sont pas compris dans l'assiette. Il convient de les ajouter.

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

a) Mesure proposée

• **Fixer les montants de déclenchement des clauses de sauvegarde pour les médicaments et les dispositifs médicaux pour l'année 2022**

Il s'agit de fixer le montant M et le montant Z au-delà desquels les clauses de sauvegarde médicaments et produits et prestations se déclencheront pour 2022. Ainsi, M est fixé à 24,5 milliards d'euros et Z à 2,15 milliards d'euros pour l'année 2022.

Du fait d'une croissance exceptionnellement élevée en 2021, le Gouvernement propose de construire le montant M 2022 non pas à partir de M 2021 comme il aurait dû l'être, mais, à titre exceptionnel, à partir du chiffres d'affaires prévisionnel net de l'année 2021 (net de toutes remises, et de la contribution au titre de la clause de sauvegarde, qui du fait du dynamisme des dépenses constatées se déclencheront en 2021). A ce montant a été appliqué une croissance de 1,7 % du chiffre d'affaires cohérente avec la trajectoire ONDAM annoncée au CSIS 2021 pour les dépenses de produits de santé. A noter que ce taux de croissance devra ensuite être adapté ajusté pour 2023 et 2024 en cohérence avec l'engagement de trajectoire ONDAM pris au CSIS compte tenu à la fois de l'augmentation tendancielle des dépenses, des montants d'économies prévus et des nouvelles mesures décidées au CSIS (dont les impacts budgétaires pèsent majoritairement sur l'année 2022). En déclinant la trajectoire ONDAM annoncée au CSIS, le montant prévisionnel de M serait de 24,7 milliards d'euros pour 2023 et de 24,9 milliards d'euros en 2024.

Le montant Z 2022 se fonde sur la dépense nette autorisée votée dans la LFSS pour 2021, soit le montant Z 2021 voté, auquel il a été appliqué une croissance de 3%. De la même façon, le taux aura vocation à baisser à partir de 2023 au regard des mesures CSIS portant leurs effets principalement en 2022.

• **Simplifier les règles de plafond pour la contribution sur les dispositifs médicaux**

À l'instar des règles d'assiette pour cette contribution, il est proposé de déterminer son plafond sur la base des montants remboursés par l'assurance maladie, déjà connus, plutôt que sur la base des chiffres d'affaires.

Le processus déclaratif aujourd'hui prévu par les textes légaux et réglementaires, qui ne sert que pour cet éventuel plafonnement, pourra ainsi être supprimé.

Il est également proposé de codifier la réserve d'interprétation qu'avait formulée le Conseil constitutionnel en validant les dispositions créant la clause de sauvegarde sur les dispositifs médicaux.

• **Mettre en cohérence les assiettes des contributions relatives aux montants M et Z**

A l'instar de ce qui est actuellement effectué sur le médicament dans le cadre du montant M, il est proposé pour le dispositif médical d'intégrer dans le périmètre de calcul du montant Z les montants remboursés pour les dispositifs médicaux pris en charge de manière transitoire au titre de l'article L. 165-1-5 (prise en charge en amont du droit commun de produits utilisés ou dispensés en établissements de santé).

Il est également proposé de préciser que les chiffres d'affaires des entreprises assurant l'importation de médicaments donnant lieu à une prise en charge ou exploitant des médicaments qui bénéficieront du nouveau dispositif de prise en charge d'accès direct dès l'avis de la Haute Autorité de santé sont également inclus dans l'assiette de ce montant M.

• **Harmoniser les contributions sur les médicaments**

Par cohérence avec les objectifs poursuivis des différentes contributions, il est proposé d'une part de considérer les dépenses remboursées relatives aux accès précoces de médicaments et celles relatives à l'accès direct au même titre que celles de médicaments inscrits sur les listes ville et collectivité, dans le périmètre et pour l'exonération des entreprises de la contribution sur la promotion prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale. Il est proposé d'autre part d'assujettir à la contribution additionnelle mentionnée à l'article L. 245-6 (VI) les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce ou bénéficiant d'un accès direct post avis de la Haute autorité de santé et donnant lieu à une prise en charge.

b) Autres options possibles

Les clauses de sauvegarde sont prévues aux articles L.138-10 et suivants et L. 138-19-8 et suivants du code de la sécurité sociale. En 2021, les montants M et Z avaient été déterminés en considérant l'année 2019 comme référence, les consommations en produits de santé ayant été touchées par la crise sanitaire en 2020 engendrant des atypies sur cette année précise. Conserver de nouveau l'année 2019 comme base de calcul pour les montants M et Z 2022 est une possibilité mais le passage en montant pour les clauses de sauvegarde avait pour intention de partager une base commune et prévisible pour la construction des M et Z des années suivantes. Il aurait ainsi dû être pris comme référence pour M 2022 le montant M 2021, mais, à titre exceptionnel, du fait du dynamisme de la dépense observé en 2021 en rebond par rapport à l'année 2020, il a été accepté de partir du chiffres d'affaire net estimé pour l'année 2021.

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

Le produit des contributions issues de la clause de sauvegarde et celui des contributions prévues aux articles L. 245-1 et L. 245-6 (VI) du code de la sécurité sociale sont affectés au financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie. La mesure a donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives, en tout ou partie, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base. Elle relève ainsi du 1° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prend place à ce titre dans la 3e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 138-10, L. 138-11, L. 138-13, L. 138-19-8, L. 138-19-9, L. 138-19-10, L. 138-19-12, L. 245-1, L. 245-2, L. 245-4 et L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

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

Les clauses de sauvegarde n'ont par nature pas vocation à se déclencher si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouveaux produits onéreux permettent de rendre compatible l'augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l'ONDAM. Toutefois, le gouvernement ayant accepté d'abaisser le montant d'économies par baisse de prix exigibles sur les médicaments pour respecter le niveau de l'ONDAM pour l'année 2022, la clause de sauvegarde sur le médicament produira des effets sur 2022 et les années suivantes (les économies par baisse de prix ayant des effets pérennes).

Concernant les mises en cohérence des contributions, et surtout l'inclusion des médicaments en accès direct et en accès précoce dans le périmètre de la contribution additionnelle dont le taux est de 1,6% sur le chiffre d'affaires, le rendement attendu est de 10M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		+135	+135	+135	+135
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

Le rendement théorique de la clause de sauvegarde sur le dispositif médical étant nul, il n'est pas attendu d'impact supplémentaire de cette mesure pour les entreprises commercialisant des dispositifs médicaux. Les démarches pour les entreprises exploitant des dispositifs médicaux seront simplifiées avec la suppression d'une procédure déclarative.

Il est en revanche attendu des effets de la clause de sauvegarde sur le médicament ce qui aura un impact sur les entreprises pharmaceutiques, proportionnellement à leur chiffre d'affaires net relatif aux produits du périmètre de la clause.

La mise en cohérence des contributions aura un impact sur les entreprises commercialisant des médicaments bénéficiant d'accès précoce (positif en cas d'exonération sur la contribution L. 245-1 ; négatif au titre de la contribution additionnelle) ou de l'accès direct post avis HAS et pris en charge à ces titres.

b) Impacts sociaux

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

• Impact sur les jeunes

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

• Impact sur les personnes en situation de handicap

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

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

a) Impacts sur les assurés / 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.

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

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

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

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

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

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

Aucun texte d'application ne sera nécessaire.

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

Mesures d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

CODE DE LA SECURITE SOCIALE	
Article L. 138-10 actuel	Article L. 138-10 modifié
<p>I.- Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>II.- Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :</p> <p>1° Ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;</p> <p>3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante.</p>	<p>I.- Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L.162-18-1 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 38 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>II.- Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :</p> <p>1° Ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° Ceux inscrits sur les listes prévues la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;</p> <p>3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ;</p> <p>4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 du même code et pris en charge par l'assurance maladie ;</p> <p>5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.</p>
Article L. 138-11 actuel	Article L. 138-11 modifié
<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-10, minoré des remises</p>	<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-</p>

<p>mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article pour les entreprises redevables.</p>	<p>2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1 et L. 162-22-7-1 et à l'article 38 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et L. 162-22-7-1.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article pour les entreprises redevables.</p>
<p align="center">Article L. 138-13 actuel</p>	<p align="center">Article L. 138-13 modifié</p>
<p>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, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.</p> <p>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.</p> <p>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 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</p>	<p>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 36 de la loi n° 2021-XX du XX 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.</p> <p>Une entreprise signataire d'un tel accord est exonéré 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.</p> <p>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 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</p>

<p>économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.</p> <p>Le prix net mentionné 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.</p>	<p>et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.</p> <p>Le prix net mentionné 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.</p>
Article L. 138-19-8 actuel	Article L. 138-19-8 modifié
<p>Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie 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 produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.</p> <p>La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue au présent article.</p>	<p>Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie 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 produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 et des produits et prestations bénéficiant de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7, est supérieur à un montant Z déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.</p> <p>La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 et celle mentionnée à l'article L. 165-1-5 au titre d'une prise en charge transitoire est sont subordonnée subordonnées à l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue au présent article.</p>
Article L. 138-19-9 actuel	Article L. 138-19-9 modifié
<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.</p>	<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7.</p>

<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article. La part de ces derniers correspondant aux six premiers mois de l'année civile est communiquée par l'assurance maladie au plus tard le 30 septembre de cette même année.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au même premier alinéa.</p>	<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article. La part de ces derniers correspondant aux six premiers mois de l'année civile est communiquée par l'assurance maladie au plus tard le 30 septembre de cette même année.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au même premier alinéa.</p>
Article L. 138-19-10 actuel	Article L. 138-19-10 modifié
<p>Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile mentionné à l'article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, et le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8. La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif.</p> <p>La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.</p> <p>Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % 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 produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7.</p>	<p>Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile mentionné à l'article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7, et le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8. La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif.</p> <p>La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.</p> <p>Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % 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 produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7. Le montant de la contribution due par chaque exploitant redevable ne peut excéder 10 % du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.</p>
Article L. 138-19-12 actuel	Article L. 138-19-12 modifié
<p>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.</p>	<p>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.</p>

<p>Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, 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.</p>	<p>Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, 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.</p>
<p align="center">Article L. 245-1 actuel</p>	<p align="center">Article L. 245-1 modifié</p>
<p>Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L5124-18 du code de la santé publique, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p>	<p>Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L5124-18 du code de la santé publique, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, de spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou de spécialités prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au titre de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p>
<p align="center">Article L. 245-2 actuel</p>	<p align="center">Article L. 245-2 modifié</p>
<p>I.- La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p> <p>1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation, à l'importation parallèle ou à la distribution parallèle des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p>	<p>I.- La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p> <p>1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation, à l'importation parallèle ou à la distribution parallèle des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au</p>

<p>2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p>3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.</p> <p>Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut.</p> <p>II.- Il est procédé sur l'assiette définie au I :</p> <p>1° A un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;</p> <p>2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la</p>	<p>titre de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;</p> <p>2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p>3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ni prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;</p> <p>4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.</p> <p>Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut.</p> <p>II.- Il est procédé sur l'assiette définie au I :</p> <p>1° A un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;</p> <p>2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la</p>
--	--

<p>santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros.</p> <p>Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.- Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p> <table border="1" data-bbox="150 1883 758 2047"> <tr> <td data-bbox="150 1883 523 2047">PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à</td> <td data-bbox="523 1883 758 2047">TAUX de la contribution par</td> </tr> </table>	PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à	TAUX de la contribution par	<p>santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros.</p> <p>Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.- Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.</p> <p>Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p> <table border="1" data-bbox="777 1883 1401 2047"> <tr> <td data-bbox="777 1883 1150 2047">PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 4° du I après déduction, le cas</td> <td data-bbox="1150 1883 1401 2047">TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)</td> </tr> </table>	PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 4° du I après déduction, le cas	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à	TAUX de la contribution par				
PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 4° du I après déduction, le cas	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)				

4° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes	tranche (en pourcentage)	échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes	
$R < 6,5 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 19	$R < 6,5 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 19
$6,5 \% \leq R < 12 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 29	$6,5 \% \leq R < 12 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 29
$12 \% \leq R < 14 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 36	$12 \% \leq R < 14 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 36
$R \geq 14 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 39	$R \geq 14 \%$	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 39
Article L. 245-4 actuel		Article L. 245-4 modifié	
<p>Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux quatre derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement en application des dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, est inférieur à 15 millions d'euros.</p> <p>Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :</p> <p>1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros ;</p> <p>2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé</p>		<p>Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux quatre derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement en application des dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique et soit inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique soit prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article X de la loi n° 2021-Y du Z décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, est inférieur à 15 millions d'euros.</p> <p>Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :</p> <p>1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros ;</p>	

<p>avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros.</p> <p>Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.</p>	<p>2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros.</p> <p>Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.</p>
Article L. 245-6 actuel	Article L. 245-6 modifié
<p>I.- Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.</p> <p>II.- La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :</p> <p>1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;</p> <p>2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ;</p> <p>3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;</p> <p>III.- Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :</p> <p>1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;</p> <p>2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le</p>	<p>I.- Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.</p> <p>II.- La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :</p> <p>1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;</p> <p>2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ;</p> <p>3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;</p> <p>III.- Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :</p> <p>1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;</p> <p>2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le</p>

<p>chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ;</p> <p>3° Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette.</p> <p>IV.- Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger.</p> <p>V.- Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,18 %.</p> <p>VI.- Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>VII.- La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>VIII.- Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %.</p> <p>IX.- Les contributions prévues aux I et VI sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p> <p>X.- Les contributions prévues aux I et VI sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre</p>	<p>chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ;</p> <p>3° Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette.</p> <p>IV.- Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger.</p> <p>V.- Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,18 %.</p> <p>VI.- Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>VII.- La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° 2021-XX du XX décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.</p> <p>VIII.- Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %.</p> <p>IX.- Les contributions prévues aux I et VI sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p> <p>X.- Les contributions prévues aux I et VI sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre</p>
---	--

<p>d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.</p>	<p>d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.</p>
--	--

Article 17 – Transferts financiers entre branches et régimes de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

Les dépenses prises en charge par les branches du régime général de la sécurité sociale correspondent à leurs missions et attributions prévues par la législation. Aussi, il importe que les recettes, dépenses et soldes des différentes branches reflètent fidèlement leurs missions et les politiques publiques dont elles ont la charge.

La création de la branche autonomie et la constitution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en caisse nationale du régime général conduit logiquement à confier à cette dernière le financement de l'ensemble des dépenses dans le champ du soutien à l'autonomie. À cet égard, le financement des établissements belges qui accueillent des adultes français en situation de handicap, prévu par l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, n'a plus vocation à être supporté par la branche maladie.

Par ailleurs, dans le cadre des mesures d'accompagnement de la crise sanitaire, la CNAM a pris en charge sous forme d'indemnités journalières dérogatoires le coût des indemnités versées aux parents contraints de suspendre leur activité professionnelle pour garder leurs enfants du fait de l'absence de service de garde, de la fermeture des écoles ou parce que leurs enfants étaient cas contact. Compte tenu de l'objet de ces indemnités journalières, à savoir la garde d'enfants, il apparaît cohérent d'en faire assurer la charge financière par la branche famille.

Enfin, la loi n°2020-839 du 3 juillet 2020, dite loi « Chassaigne », visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles les plus faibles prévoit de porter à 85 % du Smic net agricole, soit environ 1 035 €, les pensions des exploitants agricoles à la retraite justifiant d'une carrière complète, par l'intermédiaire du complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire. Cette revalorisation, qui représente une augmentation moyenne de la pension servie aux exploitants agricoles de plus de 100 €, interviendra au titre des pensions de novembre 2021. Afin de ne pas conduire à l'augmentation de cotisations d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles, un financement de cette mesure par un transfert de recettes actuellement affectées à l'assurance vieillesse de base des non-salariés agricoles est envisagé.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée prévoit d'ajuster les recettes des différentes branches afin que celles-ci correspondent aux missions et aux politiques publiques dont elles ont la charge.

Aussi, la présente mesure modifie, à compter de 2022, les fractions de taxe sur les salaires attribuées respectivement aux branches maladie, famille et autonomie du régime général de la sécurité sociale afin de :

- Affecter à compter de 2022, à la branche autonomie les recettes permettant d'assurer le financement du conventionnement des établissements belges accueillant des adultes français prévu par l'article 38 de loi de la sécurité sociale pour 2020. Ce conventionnement permet de porter des exigences de qualité complémentaires des critères de la réglementation wallonne, d'organiser un contrôle des établissements, de fiabiliser le recueil d'informations sur les personnes accompagnées et de mieux définir et uniformiser, selon les caractéristiques de celles-ci, les niveaux de financement des établissements. Il modifie le circuit de financement de ces derniers, en le faisant basculer du 6ème sous-objectif de l'ONDAM à l'objectif global de dépenses défini au I du L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, qui relève désormais du périmètre financier de la branche autonomie. En cohérence, la fraction de taxes sur les salaires affectée à la branche autonomie est augmentée pour un montant correspondant à 200 M€, tandis que celle affectée à la branche maladie est diminuée d'autant.
- Transférer, pour la seule année 2022, de la branche famille à la branche maladie un montant de recettes correspondant au coût des indemnités journalières dérogatoires versées pendant la crise sanitaire aux parents contraints de suspendre leur activité professionnelle pour garder leurs enfants du fait de l'absence de service de garde, de la fermeture des écoles ou parce que leurs enfants étaient cas contact. Compte tenu d'une part de la nature de ces indemnités, qui ne visaient pas à compenser l'arrêt de personnes malades mais à assurer la solvabilisation de la garde d'un enfant au sein même du foyer dans le contexte de la crise sanitaire, et d'autre part des situations financières respectives des branches maladie et branche famille, il est prévu un transfert de recettes à hauteur de 1 Md€ au titre des indemnités journalières pour garde d'enfant de la branche famille vers la branche maladie, dans une logique de solidarité entre branches. Ce transfert sera réalisé sur l'exercice 2022 afin de tenir compte des montants consolidés versés pour ce motif.

A noter que, comme proposé par ailleurs dans les dispositions applicables à compter de l'année 2021, la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNSA sera également ajustée de façon à tenir compte de la prise en charge par celle-ci de nouvelles dépenses liées à sa constitution en caisse nationale du régime général. Une fraction de taxe sur les salaires est affectée à la CNSA afin qu'elle dispose des moyens de contribuer aux frais de gestion administrative de l'ACOSS et de non recouvrement sur la CSG affectée. A compter de 2022, dans un contexte post crise, la révision à la baisse des

charges liées au non recouvrement se traduit par une réduction de la fraction de taxe sur les salaires transférée de la branche maladie à la branche autonomie à ce titre.

Affectataires de taxe sur les salaires	Affectation de la taxe sur les salaires avant l'entrée en vigueur de la mesure	Affectation de la taxe sur les salaires après l'entrée en vigueur de la mesure, à compter du 1er janvier 2022	Affectation de la taxe sur les salaires après l'entrée en vigueur de la mesure, à compter du 1er janvier 2023
CNAM	24,33%	31,64%	25,19%
CNAF	18,49%	10,74%	17,19%
CNAV	53,37%	53,37%	53,37%
CNSA	3,81%	4,25%	4,25%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Par ailleurs, afin de compenser le coût de la revalorisation des pensions de retraite agricoles les plus faibles, prévue par la loi n°2020-839 du 3 juillet 2020, une fraction de produit des droits sur les alcools correspondant au coût de la mesure, soit 283M€, est affectée au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles. En parallèle, l'assurance vieillesse du régime de protection sociale des non-salariés agricoles voit sa fraction de produit sur les droits sur les alcools diminuée à due concurrence.

b) Autres options possibles

S'agissant du transfert à la branche autonomie des recettes associées au financement du dispositif, prévu par l'article 38 de loi de la sécurité sociale pour 2020, d'accueil d'adultes français handicapés au sein d'établissements belges, une autre option aurait pu consister à prévoir un transfert ponctuel, sur l'année 2022, puis réévaluer le calibrage de ce transfert. Toutefois, il apparaît plus conventionnel d'acter les transferts de charges de manière pérenne. Ce transfert pérenne offre par ailleurs de la lisibilité à la CNSA qui en tant que nouvelle caisse nationale du régime général doit conclure une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'Etat définissant une trajectoire pluriannuelle des moyens associés aux missions qui lui sont confiées.

S'agissant de la revalorisation des pensions de retraite des exploitants agricoles prévue par la loi Chassaigne, la hausse de la fraction du produit des droits sur les alcools affectée au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles aurait pu être compensée par une baisse des mêmes produits affectés à l'assurance maladie du régime de protection sociale des non-salariés agricoles. Toutefois, par cohérence avec l'objet de la mesure qui porte sur les retraites, la solution d'une compensation par l'assurance vieillesse du régime de protection sociale des non-salariés agricoles a été privilégiée.

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

Cette mesure modifie les recettes affectées aux régimes obligatoires de base et aux organismes concourant à leur financement pour l'année à venir et les années ultérieures rattachant cette mesure au 1 et 2° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

Sans objet.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Articles L. 131-8 du code de la sécurité sociale et articles L. 731-3 et L. 732-58 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

Sans objet pour les dispositions financières générales.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier global est nul pour le régime général mais défavorable aux régimes obligatoires de base (ROBSS) pris dans leur ensemble.

Au sein du régime général ces mesures se traduisent au final par un transfert :

- de la branche famille vers la branche maladie pour un montant de 1 Md€ ;
- de la branche maladie vers la branche autonomie de 460 M€ ;

En revanche, sur le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, l'impact pour la branche vieillesse non-salariés agricole de la compensation de la revalorisation des pensions de retraites induite par la loi « Chassaigne » se traduit par une perte de recettes à hauteur de 283 M€. Celle-ci prend la forme d'une diminution du produit des droits sur les alcools affectés à la branche vieillesse non-salariés agricoles de 12,92 % en 2022.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)			
	Coût ou moindre recette (signe -)			
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)			
	2022	2023	2024	2025
Régime général				
- Maladie	542	- 458	- 458	458
- Famille	-1 000			
- Autonomie	+458	+458	+458	+458
ROBSS hors RG				
- Branche vieillesse non-salariés agricoles	-283	-283	-283	-283
RCO				
- Retraites complémentaires non-salariés agricoles	+283	+283	+283	+283

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

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale	Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale modifié (à compter de 2022)
<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à correspondant à 18,49 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant 24,33 % ;</p> <p>- à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 3,81 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes annuelles prévues au 1° de l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4, 25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p>	<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à correspondant à 18,49 % 10,74 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 24,33 % 31,64 % ;</p> <p>- à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 3,81 % 4,25 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes annuelles prévues au 1° de l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4, 25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p>

<p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p> <p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>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 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p>	<p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p> <p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>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 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p>
---	---

<p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débiteurs de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de 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 :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p> <p>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° ;</p> <p>9° Une fraction de 27,89 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,71 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>	<p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débiteurs de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de 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 :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p> <p>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° ;</p> <p>9° Une fraction de 27,89 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,71 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>
<p>Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale modifié (à compter de 2023)</p>

<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 18,49 % 10,74% ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 24,33 % 31,64 % ;</p> <p>- à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 3,81 % 4,25 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes annuelles prévues au 1° de l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4,25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p> <p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p>	<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 10,74% 17,19% ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 31,64 % 25,19 % ;</p> <p>- à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 4,25 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes annuelles prévues au 1° de l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4,25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p> <p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p>
--	--

<p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>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 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code</p>	<p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>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 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,93 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code</p>
---	---

<p>général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p> <p>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 :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p> <p>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° ;</p> <p>9° Une fraction de 27,89 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,71 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>	<p>général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p> <p>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 :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Au fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p> <p>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° ;</p> <p>9° Une fraction de 27,89 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,71 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>
<p align="center">Article L.731-3 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L.731-3 du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p>	<p>Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p>

<p>2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;</p> <p>3° Une fraction égale à 39,59 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;</p> <p>4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</p> <p>4° bis Le produit du droit sur les bières mentionné à l'article 520 A du code général des impôts et de la part de la contribution prévue à l'article 1613 quater du même code relative au montant prévu au 1° du II du même article 1613 quater ;</p> <p>4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>6° bis (Abrogé) ;</p> <p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>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 ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>	<p>2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;</p> <p>3° Une fraction égale à 39,59 26,67 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;</p> <p>4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</p> <p>4° bis Le produit du droit sur les bières mentionné à l'article 520 A du code général des impôts et de la part de la contribution prévue à l'article 1613 quater du même code relative au montant prévu au 1° du II du même article 1613 quater ;</p> <p>4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>6° bis (Abrogé) ;</p> <p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>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 ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>
Article L.732-58 du code rural et de la pêche maritime	Article L.732-58 du code rural et de la pêche maritime
<p>Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 13,81 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ; <p>Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par les contributions et subventions de l'Etat ; - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; 	<p>Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 13,81 26,73 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ; <p>Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par les contributions et subventions de l'Etat ; - les prestations prévues à l'article L. 732-60 ;

- les frais de gestion	- les frais de gestion
------------------------	------------------------

Article 24 – Soutenir le développement de la télésurveillance pour renforcer la prise en charge des maladies chroniques.

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à définir l'architecture globale et les différents paramètres d'un modèle de financement de droit commun de la télésurveillance, en précisant les conditions d'une prise en charge efficiente par l'assurance maladie.

- **Périmètre des activités de télésurveillance du modèle de droit commun :**

Le périmètre des activités de télésurveillance prises en charge dans le cadre du modèle de droit commun se compose :

- D'un socle commun d'activités quel que soit le protocole comprenant notamment les actions de télésurveillance médicale via l'analyse des données transmises et des alertes, ainsi que toutes les actions nécessaires à sa mise en place, le paramétrage du dispositif médical (DM) numérique de télésurveillance associé ou non à un accessoire de collecte de données (par exemple, une application peut être autonome si les données sont remplies par les patients, ou fonctionner avec un autre dispositif connecté qui collecte lui-même certaines données), a formation du patient à son utilisation, la vérification et le filtrage des alertes ;
- Le cas échéant d'activités complémentaires variant en fonction des protocoles de télésurveillance, et donc en fonction de la finalité de la télésurveillance, de la pathologie concernée et de sa complexité ou encore de l'état de santé du patient comme par exemple l'accompagnement thérapeutique ;

Les consultations de prescription de la télésurveillance et d'inclusion dans le protocole, ainsi que le cas échéant celles résultant de l'analyse et de la gestion des alertes de télésurveillance sont d'ores et déjà prises en charge dans un cadre de droit commun. De ce fait, elles ne nécessitent pas d'être incluses dans le modèle de prise en charge.

Enfin, la télésurveillance prise en charge dans le cadre du modèle de droit commun s'appuie obligatoirement sur un dispositif médical capable de collecter, analyser, transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes lorsque des valeurs seuils prédéfinies sont dépassées. Par ailleurs, ces DM doivent être marqués CE et conformes aux référentiels d'interopérabilité prévus à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique.

La télésurveillance prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est mise en œuvre par des organisations comprenant un ou plusieurs professionnels de santé dont au moins un professionnel médical. Ces professionnels exercent notamment en établissement de santé, en centre de santé, en maison de santé pluri professionnelle (MSP), en établissement ou service médico-social ou ont une activité libérale ou mixte. Pour mettre en place des activités de télésurveillance prises en charge par l'assurance maladie, et afin de pouvoir facturer à l'assurance maladie les activités de télésurveillance, ces organisations devront se déclarer au préalable auprès de l'agence régionale de santé compétente.

- **Evaluation et inscription des organisations et des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance :**

Les organisations et DM de télésurveillance pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre du modèle de financement de droit commun doivent avoir fait l'objet d'une évaluation de leur intérêt ou plus-value par la Haute Autorité de santé (HAS), sur la base d'études médico-économiques et/ou cliniques. Suite à leur évaluation, ils pourront faire l'objet de l'inscription sur une liste créée à cet effet.

L'inscription est effectuée soit sous la forme d'une ligne générique sur la base d'un référentiel technique comprenant les spécifications techniques que doivent remplir à minima les solutions techniques, soit sous nom de marque ou nom commercial du dispositif médical ; quel que soit le mode d'inscription, la description de l'organisation de télésurveillance associée est définie. Afin de s'assurer que la prise en charge corresponde à l'état de l'art, il ne pourra exister dans la durée deux référentiels pour une même indication de télésurveillance sauf situation où les référentiels seraient évalués comme équivalents.

Pour les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance et les organisations associées correspondant à une ligne générique établie et évaluée par la HAS, une validation de conformité au référentiel sera opérée.

Pour les autres, cette évaluation permettra d'établir si les couples organisation-DM concernés procurent un progrès par rapport aux prises en charge de référence : en cas d'amélioration de la prestation médicale par un nouvel entrant par rapport à un référentiel déjà inscrit sur la liste, l'entrant est inscrit et l'ancien référentiel sera radié dans un délai déterminé par décret. Pendant la phase transitoire, le montant de la prise en charge de l'ancien référentiel sera abaissé.

Ces modalités d'évaluation et d'inscription des DM et organisations seront précisées par décret.

En outre, les DM numériques innovants pourront bénéficier d'un dispositif d'accès anticipé au marché remboursé en amont de leur inscription de la liste de télésurveillance (cf. mesure MO08).

- **Modèle de rémunération des activités de télésurveillance et de prise en charge des DM :**

La tarification des activités de télésurveillance sera forfaitaire pour des durées prédéterminées :

- pour la prise en charge des activités de télésurveillance, tenant compte de la complexité de la prise en charge et des conditions d'organisation nécessaires à sa mise en œuvre et précisées par la HAS dans son avis.
- pour la prise en charge des DM de télésurveillance et des accessoires de collecte associés le cas échéant :
 - o Les DM numériques de télésurveillance assurant la collecte, l'analyse, la transmission de données et l'émission d'alertes (catégorie C4 de la classification fonctionnelle, selon leur finalité d'usage, des solutions numériques de la HAS). Ces DM ne pourront pas faire l'objet d'une inscription sur la liste des produits et prestations (LPP) prévue au L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
 - o Toutefois, pour les DM ayant de multiples fonctionnalités (par exemple : à visée de traitement et de télésurveillance), les fonctions, autres que la télésurveillance, restent éligibles, le cas échéant, à la LPP.
- Des modulations de ces forfaits pourront être mises en place pour tenir compte de la criticité de la prise en charge (phase aiguë ou chronique de la prise en charge, facteurs de risque du patient, ...).

Ces forfaits seront fixés par voie réglementaire et ils pourront être subordonnés au respect de critères de performance et de qualité afin de s'assurer de la pertinence des activités de télésurveillance. Ils seront conditionnés à l'utilisation par le patient du DM numérique.

Enfin, concernant le paiement par le patient des frais liés à la télésurveillance, il est proposé de mettre en place un taux unique de ticket modérateur, de façon à ce que le dispositif soit lisible pour le patient. Une autre solution aurait été de conserver les taux actuels relatifs aux actes de chaque professionnel, ce qui conduirait à des taux très variables en fonction de l'organisation considérée, ou alors de fixer une participation fixe, ce qui poserait des questions d'équité au regard de la diversité de la complexité des suivis de télésurveillance possible.

• Conditions de clôture de l'expérimentation ETAPES

Afin de ne pas provoquer de rupture de prise en charge de patients et de ne pas mettre en difficulté les acteurs impliqués dont les solutions auraient fait leur preuve, le programme ETAPES est prolongé jusqu'à un mois après l'entrée en vigueur de la présente mesure et une prise en charge transitoire sera assurée jusqu'au plus tard le 31 décembre 2022, dès lors que les acteurs entameront les démarches d'inscription dans le droit commun dans le mois suivant l'entrée en vigueur du dispositif.

b) Autres options possibles

L'autre option possible est, en l'absence de mesure, de ne pas proposer de cadre de financement ad hoc. Dès lors, le dispositif actuel de droit commun (évaluation et accès au marché des DM et financement des professionnels de santé) s'applique. Or le cadre actuel ne tient pas compte de la rémunération des organisations nécessaires à la télésurveillance ni de la spécificité des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance. Ceci peut constituer également un frein à l'innovation.

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

La mesure a un impact financier sur l'assurance maladie dès lors que des financements seront alloués de manière pérenne aux activités de télésurveillance évaluées positivement par la HAS. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM ainsi que la Haute autorité de santé ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure crée dix nouveaux articles, les articles L. 162-48 à L. 162-57 du code de la sécurité sociale. Elle modifie les articles L. 160-8, L. 165-2 et L. 165-3-1 du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Une première projection du coût de la mesure peut être réalisée au regard des expérimentations en cours.

Pour rappel, dans ETAPES, le dispositif de télésurveillance repose sur le paiement de 3 acteurs :

- Médecin effectuant la télésurveillance ;
- Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique ;
- Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées.

Patients	Médecin effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé en charge de l'accompagnement Thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées.
patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique	65€ / semestre / patient 130€ / an / patient	X	X
patients diabétiques	110€ / semestre / patient 220€ / an / patient	60€ / semestre / patient 120€ / an / patient	300€ à 375€ / semestre / patient 600€ à 750€ / an / patient
patients insuffisants cardiaques chroniques	110€ / semestre / patient 220€ / an / patient	60€ / semestre / patient 120€ / an / patient	300€ / semestre / patient 600€ / an / patient
patients insuffisants rénaux chroniques	36,5 à 73€ / semestre / patient 73€ à 146€/ an / patient	60€ / semestre / patient 120€ / an / patient	225€ à 300€ / semestre / patient 450€ à 600€ / an / patient
patients en insuffisance respiratoire chroniques	73€ / semestre / patient 146€/ an / patient	30€ / semestre / patient 60€ / an / patient	300€ / semestre / patient 600€ / an / patient

Une projection de l'impact financier de la mesure ne tenant pas compte des économies globales pour le système de santé (diminution des hospitalisations et transport par exemple) sur la base de ces éléments et des hypothèses suivantes :

- Le coût moyen annuel facturé par patient peut être évalué à 800€/an/patient.
- Le volume potentiel pour l'ouverture de la télésurveillance à l'ensemble des pathologies est estimé à environ 7 millions de patients éligibles ;
- Parmi ces patients, seul 10% seront réellement éligibles à un programme de télésurveillance (observation programme ETAPES liée aux indications, observance des patients, acceptation...);
- Lors des expérimentations, une dynamique d'inclusion de 2% par an est observée ;
- Si ces 2% semblent pouvoir s'appliquer lors de l'entrée en droit commun, l'acculturation des professionnels peut permettre une augmentation de la dynamique d'inclusion à 4% par an à partir de l'année N + 1 ;
- Les patients déjà inclus dans le programme ETAPES représentent pour leur part 11 M€ de dépenses en 2021
- Ainsi, le coût de la mesure selon cette dynamique serait de :
 - o 11 M€ comme base (ETAPES)
 - o + 11 M€ la première année (2%)
 - o + 22 M€ les années suivantes (4%)

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre		-22	-44	-66	-88
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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 les solutions numériques de télésurveillance, et par extension sur l'emploi. La télésurveillance est un des objectifs du plan innovation santé 2030.

b) Impacts sociaux

Les assurés devraient voir leur prise en charge améliorée. Une amélioration globale de la prévention est également attendue.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Cette mesure pourra avoir un impact positif sur la prise en charge des personnes en situation de handicap en facilitant leur suivi

c) Impacts sur l'environnement

La diminution des transports permise par la mise en place de la télésurveillance aura un impact favorable sur l'environnement.

Le développement du numérique en santé et son usage par le plus grand nombre crée une externalité positive sur l'environnement notamment par une amélioration de la prise en charge des patients grâce à la disponibilité de l'information en tout lieu et sans délai, un meilleur accès aux soins grâce à la télésanté, une plus grande efficacité du système de santé en évitant les examens redondants¹. La Délégation ministérielle au numérique en santé a publié un rapport, sur l'impact environnemental du numérique en santé en mai 2021 détaillant les impacts du numérique en santé en terme de développement durable.

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

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

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

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

Les assurés devraient voir leur prise en charge améliorée. Une amélioration globale de la prévention est également attendue.

Le patient ne sera pas tenu à des démarches administratives supplémentaires du fait de cette mesure.

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

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.

Elle aura un impact sur la charge de travail :

- des agences régionales de santé qui devront suivre la mise en œuvre des organisations de télésurveillance ;
- des services de la Caisse nationale d'assurance maladie et du réseau des caisses primaires d'assurance maladie qui auront en charge la mise en place du dispositif ;
- de la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS), qui sera en charge de la validation des critères techniques d'entrée et un surplus de dossiers à traiter par la Haute autorité de santé en charge de l'évaluation de la télésurveillance.

Cette mesure aura un impact sur la charge de travail des équipes de l'administration centrale responsables de la mise en œuvre, de la validation des dossiers, de la mise à jour des référentiels et de la communication associée.

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 seront nécessaires pour la mise en œuvre de cette mesure.

Un décret d'application viendra notamment préciser les modalités d'évaluation par la Haute Autorité de santé, d'inscription sur la liste positive, de facturation par les organisations de télésurveillance à l'assurance maladie.

Des arrêtés devront ensuite préciser notamment les critères applicables aux organisations de télésurveillance, définir la liste des activités de télésurveillance et les forfaits de télésurveillance,

Les concertations auront lieu sur les niveaux de rémunération des organisations et de la brique technique de télésurveillance avant la bascule prévue au 1er juillet 2022.

Pour la prise en charge par les complémentaires santé et la prise en charge des patients bénéficiant de la C2S, un décret en Conseil d'Etat modifiant l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale précisera la fourchette de taux de participation applicable au forfait de télésurveillance. Le taux de participation sera ensuite fixé par décision de l'UNCAM après avis de l'Unocam et de l'UNPS.

¹ Délégation ministérielle au numérique en santé, L'impact environnemental du numérique en santé, mai 2021, https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/rapport_gt6_210517-2.pdf

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

Sans objet.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière des assurés n’est prévue.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure fera l’objet d’un suivi dédié notamment des effectifs et du nombre de patients télé surveillés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 160-8 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 160-8 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :</p> <p>[...]</p> <p>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.</p>	<p>La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :</p> <p>[...]</p> <p>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,</p> <p>8° La couverture des frais relatifs à la télésurveillance médicale.</p>
	<p align="center">Article L. 162-48 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>Pour l'application de la présente section, constituent des activités de télésurveillance médicale, des interventions associant :</p> <p>1° Une surveillance médicale ayant pour objet l'analyse des données et alertes transmises au moyen des dispositifs médicaux numériques mentionnés au 2° ainsi que toutes les actions nécessaires à sa mise en place, au paramétrage du dispositif, à la formation du patient à son utilisation, et à la vérification et au filtrage des alertes, ainsi, le cas échéant, que des activités complémentaires, notamment d'accompagnement thérapeutiques ;</p> <p>2° L'utilisation de dispositifs médicaux numériques ayant pour fonction de collecter, analyser, transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes lorsque des valeurs seuils prédéfinies sont dépassées, et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés, lorsqu'ils ne sont ni implantables, ni invasifs et sans visée thérapeutique.</p> <p>Constitue un dispositif médical numérique tout logiciel répondant à la définition de dispositif médical énoncée à l'article 2 du règlement 2017/745 (UE) du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017.</p> <p>Ce dispositif médical numérique peut nécessiter l'usage d'un accessoire de collecte qui est destiné par son fabricant à être utilisé avec ce dispositif médical pour permettre une utilisation de ce dernier conforme à sa destination ou pour contribuer spécifiquement et directement à sa fonction médicale.</p> <p>Lorsque des dispositifs médicaux numériques présentent d'une part des fonctionnalités de télésurveillance médicale au sens du présent article et d'autre part, d'autres fonctionnalités, notamment thérapeutiques, ils ne relèvent de la présente section que pour leurs fonctionnalités de télésurveillance médicale. Ils sont soumis, le cas échéant, aux dispositions de la première section du chapitre V en ce qui concerne leurs fonctionnalités thérapeutiques.</p>
	<p align="center">Article L. 162-49 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>

	<p>Les activités de télésurveillance médicale mentionnés à l'article L. 162-48 ne peuvent être pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie que si :</p> <p>1° Elles sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ;</p> <p>2° La surveillance médicale est assurée par un opérateur de télésurveillance médicale, disposant du récépissé prévu à l'article L. 162-51 ;</p> <p>3° Cet opérateur a mis à disposition de l'assuré, soit directement en tant qu'exploitant soit par l'intermédiaire d'un exploitant ou d'un distributeur au détail avec lequel l'opérateur a conclu une convention dans des conditions précisées par voie réglementaire, le dispositif médical numérique au moyen duquel la surveillance médicale est exercée.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 165-1-1-1 sont applicables à l'exploitant mentionné au 3° du présent article.</p>
	<p align="center">Article L. 162-50 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>L'opérateur de télésurveillance médicale est un professionnel médical mentionné au livre 1er de la quatrième partie du code de la santé publique ou une personne morale regroupant ou employant un ou plusieurs professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical mentionné au même livre.</p> <p>Les professionnels mentionnés au premier alinéa peuvent notamment exercer en libéral ou au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluri professionnelle, ou d'un établissement ou un service médico-social.</p>
	<p align="center">Article L. 162-51 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>Un opérateur de télésurveillance médicale souhaitant bénéficier de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie obligatoire de tout ou partie de ses activités de télésurveillance doit, au préalable, déclarer ces activités à l'agence régionale de santé territorialement compétente.</p> <p>Cette déclaration précise notamment les professionnels impliqués dans l'organisation et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins. Un décret définit son contenu, en tenant compte, pour les activités que l'opérateur entend assurer, des référentiels mentionnés à l'article L. 162-52.</p> <p>Le récépissé de cette déclaration, établi par le directeur général de l'agence régionale de santé est remis ou transmis à l'opérateur et à l'organisme local d'assurance maladie territorialement compétent. Il vaut éligibilité au remboursement des activités de télésurveillance médicale prévues à l'article L. 162-48 et pour les indications mentionnées dans la déclaration de l'opérateur concerné.</p> <p>Lorsqu'il est constaté un manquement de l'opérateur réalisant des activités de télésurveillance à l'obligation de transmission de la déclaration préalable ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à la réalisation d'activités de télésurveillance et après mise en demeure de mise en conformité, le directeur général de l'agence régionale de santé met fin à la validité de la déclaration et en informe la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente, qui suspend les remboursements.</p>

	<p align="center">Article L. 162-52 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale mentionnées à l'article L. 162-48 est subordonnée à leur inscription sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1. La liste précise les indications de l'activité de télésurveillance ouvrant droit à cette prise en charge ou à ce remboursement.</p> <p>L'inscription, faisant suite à une demande présentée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 3° de l'article L. 162-49, est effectuée par l'arrêté mentionné au premier alinéa sous la forme d'un référentiel proposé par la Haute Autorité de santé. Ce référentiel mentionne :</p> <p>1° Les exigences minimales applicables à l'opérateur de télésurveillance médicale et notamment la qualification des professionnels de santé et les dispositions nécessaires pour assurer la qualité des soins ;</p> <p>2° La description d'une ligne générique du dispositif médical numérique concerné et le cas échéant, des accessoires de collecte associé, ou, à titre alternatif, le nom de marque ou le nom commercial de ces derniers ;</p> <p>L'inscription peut être subordonnée par l'arrêté mentionné au premier alinéa au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance médicale, de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.</p> <p>Cette inscription peut également être subordonnée par ce même arrêté au dépôt auprès des ministres, par les exploitants des dispositifs, d'une déclaration de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité prévus à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique. La déclaration de conformité est établie par un organisme désigné par décret.</p>
	<p align="center">Article L. 162-53 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>Lorsqu'elle examine les demandes d'inscription mentionnées à l'article L. 162-52, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 indique si elle reconnaît l'existence d'une amélioration de la prestation médicale par l'activité de télésurveillance médicale au regard des référentiels inscrits dans l'indication concernée lorsqu'ils existent, ou à défaut, au regard de la même prise en charge sans télésurveillance.</p> <p>En cas de reconnaissance d'une telle amélioration au regard d'un référentiel existant, ce dernier est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-52 aux termes d'une période de dégressivité de la rémunération dans des conditions définies par décret.</p>
	<p align="center">Article L. 162-54 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>Le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge ou remboursée par l'assurance maladie est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>

	<p>Il comprend une base forfaitaire, déterminée dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques.</p> <p>Cette base forfaitaire est modulée en fonction notamment :</p> <p>1° De la fréquence du suivi réalisé par l'organisation de télésurveillance médicale pour une période donnée au regard des exigences minimales définies par le référentiel mentionné à l'article L. 162-52 ;</p> <p>2° De la complexité de la prise en charge ;</p> <p>3° Du recours à des accessoires de collecte associés ;</p> <p>4° Des volumes prévus ou constatés ;</p> <p>5° Des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;</p> <p>6° Des conditions prévisibles et réelles de recours.</p> <p>Le patient ne peut être redevable à un opérateur de télésurveillance, au titre de la surveillance médicale, d'autres montants que les montants forfaitaires mentionnés au présent article.</p>
	<p align="center">Article L. 162-55 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté le prix maximal des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance médicale et des accessoires de collecte associés, dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.</p> <p>Ce prix comprend les marges prévues ainsi que les taxes en vigueur.</p>
	<p align="center">Article L. 162-56 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>
	<p>La prise en charge ou le remboursement sont subordonnés à l'utilisation effective du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis dans le référentiel mentionné à l'article L. 162-53.</p> <p>Les opérateurs de télésurveillance peuvent transmettre, avec l'accord du patient, les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1.</p> <p>Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.</p>
	<p align="center">Article L. 162-57 du code de la sécurité sociale (nouveau)</p>

	Les modalités d'application de la présente sous-section, notamment les conditions de fixation des forfaits et des prix, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 165-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 165-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>[...]</p> <p>La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.</p> <p>[...]</p>	<p>[...]</p> <p>La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. Elle ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance lorsqu'elles existent.</p> <p>[...]</p>
Article L. 165-3-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 165-3-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre de la personne ayant facturé l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse à la personne une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. La personne a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque la décision mentionnée à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.</p> <p>En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé. Il adresse à la personne ayant facturé le produit ou la prestation une mise en demeure de lui rembourser cette somme.</p> <p>En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre de la personne ayant facturé le produit ou la prestation, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification à la personne ayant facturé le produit ou la prestation. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre de la personne ayant facturé l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ou un dispositif médical de télésurveillance ou un accessoire de collecte associé inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-52 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3 ou à l'article L. 162-55, le directeur de cet organisme adresse à la personne une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. La personne a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque la décision mentionnée à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.</p> <p>En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé. Il adresse à la personne ayant facturé le produit ou la prestation une mise en demeure de lui rembourser cette somme.</p> <p>En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre de la personne ayant facturé le produit ou la prestation, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification à la personne ayant facturé le produit ou la prestation. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>

Article 54 actuel de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	Article 54 modifié de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018
<p>I.-Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémedecine, 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 vidéo-transmission » ;</p> <p>II.-Après le 10° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 11° ainsi rédigé : « 11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémedecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. »</p> <p>III.-Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « et de prise en charge financière » sont supprimés.</p> <p>IV.-L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1er janvier 2018. Les dispositions réglementaires et les stipulations conventionnelles prises en application du même article 36 continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des activités mentionnées au I du présent article, et au plus tard au 1er juillet 2019.</p> <p>V.-Des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2018 et pour une durée maximale de quatre ans, en métropole, dans l'ensemble des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna. Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télésurveillance pour des patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale.</p> <p>Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans des cahiers des charges arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour la mise en œuvre des expérimentations, il peut être dérogé :</p> <p>1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;</p> <p>2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;</p> <p>3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;</p> <p>4° A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p> <p>5° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.</p> <p>Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation au même article L. 1435-9, les crédits affectés aux agences régionales de santé par cet arrêté ne peuvent être affectés</p>	<p>I.-Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémedecine, 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 vidéo-transmission » ;</p> <p>II.-Après le 10° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 11° ainsi rédigé : « 11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémedecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. »</p> <p>III.-Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « et de prise en charge financière » sont supprimés.</p> <p>IV.-L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1er janvier 2018. Les dispositions réglementaires et les stipulations conventionnelles prises en application du même article 36 continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des activités mentionnées au I du présent article, et au plus tard au 1er juillet 2019.</p> <p>V.-Des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2018 et pour une durée maximale de quatre ans jusqu'au 1er août 2022 au plus tard, en métropole, dans l'ensemble des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna. Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télésurveillance pour des patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale.</p> <p>Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans des cahiers des charges arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour la mise en œuvre des expérimentations, il peut être dérogé :</p> <p>1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;</p> <p>2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;</p> <p>3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;</p> <p>4° A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p> <p>5° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.</p> <p>Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation au même article L. 1435-9, les crédits affectés aux agences régionales de santé par cet arrêté ne peuvent être affectés</p>

au financement d'autres activités. Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges.

Le onzième alinéa du présent V ne s'applique pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.

Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs.

Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité, pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télésurveillance dans le cadre des expérimentations et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télésurveillance dans le cadre de ces expérimentations. Une évaluation d'étape est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé, en liaison avec les agences régionales de

au financement d'autres activités. Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur ~~la liste mentionnée à l'article~~ **les listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52** du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges.

Le onzième alinéa du présent V ne s'applique pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.

A l'échéance de l'expérimentation, les expérimentateurs engagés continuent à bénéficier de la prise en charge financière prévue au titre de l'expérimentation, sous réserve d'un dépôt auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé d'une demande d'inscription de ces produits ou prestations en application de l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale au plus tard un mois après l'entrée en vigueur du présent article. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 31 décembre 2022.

~~Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.~~

Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs.

Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité, pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télésurveillance dans le cadre des expérimentations et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télésurveillance dans le cadre de ces expérimentations. Une évaluation d'étape est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2019. Au terme de ces expérimentations, une évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un

<p>santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2019. Au terme de ces expérimentations, une évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le Gouvernement avant le 30 juin 2021.</p>	<p>rapport transmis au Parlement par le Gouvernement avant le 30 juin 2021.</p>
---	---

Article 25 – Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé et médico-sociaux

I. Présentation de la mesure

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

- Réforme du ticket modérateur pour les activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation

La réforme du calcul du ticket modérateur des patients hospitalisés, prévue par l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et modifiée par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, consiste à substituer aux tarifs journaliers de prestations (TJP) déterminés pour chaque établissement une nomenclature simplifiée et unifiée au niveau national comme base du calcul de la participation des patients pour les séjours d'hospitalisation, à compter du 1^{er} janvier 2022. La nomenclature introduite par l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 vise ainsi à créer des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) pour les trois champs d'activité : médecine chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Pour le champ d'activité MCO, cette évolution ne concerne que les établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ex-DG). Pour les champs SSR et psychiatrie, cette évolution concerne l'ensemble des établissements qu'ils soient actuellement financés sous dotation annuelle de financement (DAF) ou sous objectif quantifié national (OQN).

Dans la mesure où cette réforme, bien que réalisée à enveloppe constante à l'échelle nationale, induit des effets revenus à l'échelle des établissements de santé, l'article 35 modifié prévoit, pour les établissements ex-DG du champ MCO, un échelonnement des impacts financiers de sa mise en œuvre sur 4 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2025. Cette convergence progressive sera réalisée par l'affectation d'un coefficient de transition tenant compte pour chaque établissement des conséquences, sur ses recettes, de l'application de la tarification nationale journalière des prestations définie à l'article L. 162-20-1.

S'agissant des champs des soins de suite et réadaptation et de la psychiatrie, l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit que les effets de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations sur les recettes des établissements de santé soient gérés par les dotations MIGAC pour le champ SSR et par la dotation populationnelle pour le champ psychiatrie. La mobilisation de ces deux vecteurs ne s'avère toutefois pas adaptée pour lisser les effets revenus dans le temps, notamment pour les établissements de santé SSR disposant d'un faible montant de dotations MIGAC.

Dès lors, dans le cadre de cette réforme commune aux champs du MCO, du SSR et de la psychiatrie, il apparaît nécessaire d'homogénéiser les mécanismes de gestion des effets revenus sur l'ensemble des champs concernés afin de permettre la mise en œuvre opérationnelle de cette réforme et ainsi d'assurer la lisibilité de celle-ci auprès des établissements de santé et des agences régionales de santé.

Enfin, il est nécessaire d'adapter la date d'entrée en vigueur des tarifs de la tarification nationale journalière des prestations, d'une part pour l'année 2022 (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et, d'autre part, pour les années 2023 et suivantes afin que cette application soit alignée avec le calendrier des campagnes budgétaires et tarifaires qui débutent le 1^{er} mars de l'année n.

- Réforme du financement des activités de psychiatrie

La mesure vise à réintroduire pour les activités de psychiatrie la détermination, par décret en Conseil d'Etat, des catégories de prestations pour exigences particulières des patients sans fondement médical donnant lieu à facturation sans prise en charge par l'assurance maladie.

- Réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

La réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), initiée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et adaptée par l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, conduit à mettre en œuvre au 1^{er} janvier 2022 un nouveau modèle de financement, qui prévoit un financement mixte pour les activités de soins, associant des recettes issues directement de l'activité et une dotation forfaitaire.

Concernant les recettes d'activité, la mise en œuvre du nouveau modèle de financement est par ailleurs accompagnée par le déploiement d'un nouvel outil de classification des séjours en SSR. En cible, les tarifs des prestations utilisés pour valoriser l'activité s'appliquent du 1^{er} mars de l'année en cours jusqu'au 28 février de l'année suivante. La part forfaitaire, quant à elle, est déterminée pour l'année calendaire en cours.

Afin d'assurer une lisibilité maximale dans le cadre de la transition vers les nouvelles modalités de financement, il semble cependant utile que la mise en œuvre des nouveaux compartiments soit concomitante au déploiement des paramètres qui leur sont associés (dont la nouvelle classification et les tarifs) pour une application simultanément au 1^{er} janvier 2022, dans un cadre sécurisé.

Pour cette raison, il est nécessaire, uniquement pour l'année 2022, que les nouveaux tarifs s'appliquent dès le 1^{er} janvier, et non au 1^{er} mars de l'année comme mentionné à l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale afin d'intégrer tous les paramètres et référentiels associés.

La mesure présentée vise également à déroger à la mise en œuvre complète du modèle pour 2022 afin de sécuriser la première année d'application de la réforme de financement en basant les financements des établissements sur leurs recettes réalisées en 2021, hors recettes exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Ces financements seront régularisés le cas échéant, pour les établissements dont les recettes liées à l'application théorique du modèle sont supérieures à la dotation versée au titre de 2022, d'un montant complémentaire dans la limite des montants prévus dans l'objectif de

dépenses SSR en 2022. Les montants des dotations et forfaits serviront de base pour la pleine application du modèle en 2023.

Le coefficient de transition prévu actuellement au B de l'article 78 de la LFSS 2016 est supprimé compte tenu de l'instauration de la dotation unique en 2022 et d'une gestion des effets revenus basée sur une allocation progressive de la dotation forfaitaire entre 2023 et 2025 dans des conditions qui seront prévues par décret.

Par ailleurs, en cohérence avec les dispositions liées à la facturation individuelle directe des établissements de santé portées dans le cadre du PLFSS 2022, la mesure vise à reporter la fin de la dérogation pour les établissements SSR au plus tard le 1^{er} mars 2027.

Enfin, une disposition transitoire a été rajoutée à l'article 78 de la LFSS pour 2016 s'agissant des spécialités pharmaceutiques afin de déroger pour l'année 2022 à l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale.

- **Réforme du financement des hôpitaux de proximité**

L'article 33 de la LFSS pour 2020 a introduit au sein de l'article L162-23-16 du code de la sécurité sociale une disposition financière afin d'accompagner la réforme des hôpitaux de proximité (Ma santé 2022). Elle consiste en une garantie pluriannuelle de financement déterminée en fonction du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de son activité de médecine, des besoins de santé de la population du territoire et de la qualité de la prise en charge des patients.

Par ailleurs le contexte de la crise sanitaire en 2020 et 2021 n'a pas permis de réaliser dès 2021 un déploiement serein de la réforme qui prévoit une labellisation sur la base de missions et critères plus contraignants que celle conduite en 2016 (corpus juridique publié en mai et juin 2021).

Ces dispositions financières tiendront compte des mesures de revalorisation salariale des personnels hospitaliers qui peuvent se traduire par des impacts différenciés par catégories d'établissements du fait d'une structure de charge différente.

Enfin, la LFSS pour 2021 a prévu au sein de son article 51 une disposition transitoire visant à maintenir un système de garantie pour les hôpitaux de proximité « actuels » qui ne répondraient pas à ces nouvelles exigences de façon à éviter un retour brutal à la tarification à l'activité. Pour les mêmes raisons qu'en 2020, il est proposé de prévoir un tel dispositif en 2022. Cette disposition ne devrait concerner qu'un nombre très limité d'établissements en 2022 (les ARS ayant pour stratégies actuelles de réaliser dès que possible l'intégration de ces établissements dans le modèle cible).

- **Transformation de la date de fin de dérogation en une date d'engagement dans le processus FIDES**

La loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a instauré, dans le cadre de la T2A et pour les établissements anciennement sous dotation globale (établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif) un dispositif transitoire et dérogatoire sous forme de valorisation par les agences régionales de santé (ARS) sur proposition de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le passage à une facturation individuelle des prestations tarifées à l'activité, inscrit dans son article 33, a été mis en œuvre à partir de 2009 dans le cadre du projet dit FIDES (facturation individuelle directe des établissements de santé). Le déploiement des actes et consultations externes est quasiment terminé depuis 2017, 6 établissements antillais et guyanais et la moitié des sites de l'AP-HP restent à date à déployer. Les particularités liées à la facturation des séjours et la nécessité de définir puis de mettre en œuvre un environnement technique permettant de coordonner les actions des directions des affaires financières et les départements d'information médicale ont amené à repousser la date de fin du régime dérogatoire de valorisation par l'ATIH par l'intermédiaire de l'article 65 de la LFSS pour 2018. Celui-ci fixe actuellement la fin de la dérogation à la facturation individuelle au plus tard au 1^{er} mars 2022.

Alors que la phase de test de facturation préalable au déploiement de FIDES sur les séjours devait démarrer au 1^{er} trimestre 2020, les impacts de la crise sanitaire à la fois sur les établissements de santé, l'Assurance maladie obligatoire et les services de l'État n'ont pas permis de l'initier et l'échéance du 1^{er} mars 2022 ne pourra être tenue. De plus, les travaux préalables menés dans le cadre de l'expérimentation ont mis en évidence la nécessité de permettre un passage graduel des établissements concernés en facturation individuelle.

Il est ainsi proposé d'organiser le déploiement de manière progressive, en lançant dans un premier temps une phase pilote d'une durée de deux ans, destinée à calibrer au mieux le dispositif avec les établissements se déclarant volontaires pour son déploiement. Pour le deuxième temps de généralisation nous proposons un processus de déploiement progressif de la facturation individuelle permettant le passage en production graduel des différentes activités et prenant en compte la maturité et la capacité de l'établissement en termes de production des données médico économiques et de facturation. Les établissements pourront par ailleurs bénéficier de mesures d'accompagnement pour leur permettre d'atteindre le niveau d'organisation requis.

Il est donc proposé de transformer la date actuelle de fin de dérogation, soit le 1^{er} mars 2022, en une date d'engagement dans le processus de déploiement s'achevant en 2027, avec une phase pilote et une phase de généralisation. Cette mesure de report de la date de fin de dérogation et de phasage du passage en facturation individuelle des séjours hospitaliers pour les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, déjà inscrite dans la loi, permet d'en étaler les impacts dans le temps.

- **Dotation socle de médecine et expérimentation**

L'article 57 de la LFSS 2021 est venu traduire un engagement du Ségur en permettant aux établissements qui le souhaitent d'opter à partir de 2021 pour un financement mixte de leurs activités de médecine associant une part de forfaitisation – la dotation socle - et une part de financement à l'activité. L'objectif de cette mesure était double : permettre dès 2021 de baisser le poids de la T2A dans le financement des établissements de santé et disposer d'une mesure applicable à court terme ouvrant la voie à la mise en place, toujours sur la base du volontariat, d'un financement populationnel en médecine.

La prolongation de la garantie de financement sur l'année 2021 complexifie notablement les modalités de mise en œuvre de la dotation socle, et rend surtout son intérêt plus faible, la garantie de financement offrant aux établissements de santé un niveau de sécurisation des recettes plus fort que la dotation socle. Elle limite ainsi considérablement la portée et la lisibilité pour les établissements. La mesure proposée ici vise donc à reporter la mise en œuvre du dispositif de dotation socle à 2022.

Elle vise également à modifier l'année de référence de calcul de la dotation socle. La rédaction actuelle de l'article 57 prévoit en effet que la dotation socle soit calculée à partir de l'année précédente, c'est-à-dire 2020 et 2021 avec le report proposé. Or cela correspond à des périodes où les établissements ont connu de fortes perturbations de leur activité du fait de la crise sanitaire et ont bénéficié d'une garantie de financement de nature à complexifier l'application de la dotation socle et à biaiser le montant des recettes prises en compte. La mesure vise, par conséquent, à proposer de définir une année de référence fixe par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi que les modalités de révision de l'année de référence qui s'effectuera au bout de trois ans.

Enfin, elle propose de modifier la date de publication du décret en Conseil d'Etat devant décliner l'expérimentation mentionnée au II de l'article 57 de la LFSS pour 2021 (expérimentation dotation populationnelle en médecine), les travaux de préparation de cette expérimentation ayant été décalés suite à l'impact de la crise sanitaire.

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

a) Mesure proposée

- Réforme du ticket modérateur pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation

La mesure proposée consiste à harmoniser les modalités de gestion des impacts financiers induits par la réforme du ticket modérateur des champs des soins de suite et réadaptation et de la psychiatrie avec les modalités prévues sur le champ MCO par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Par conséquent, la mesure vise à :

1. Introduire un coefficient de transition permettant de lisser dans le temps les effets revenus et l'impact de la réforme sur le résultat et la trésorerie des établissements exerçant une activité de SSR et de psychiatrie, comme pour le champ MCO pour les établissements ex-DG, au lieu de prévoir une gestion de ces effets revenus pour les établissements par les dotations MIGAC et la dotation populationnelle ;
2. Étendre la période de transition de 3 à 4 ans, soit du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2025 comme cela est prévu sur le champ MCO ;
3. Adapter la date de prise d'effet de la tarification nationale journalière des prestations : au 1^{er} janvier 2022 pour l'année 2022 et au 1^{er} mars à compter de 2023, conformément au calendrier des campagnes budgétaires et tarifaires.

- Réforme du financement des activités de psychiatrie

La mesure vise à réintroduire pour les activités de psychiatrie la détermination, par décret en Conseil d'Etat, des catégories de prestations pour exigences particulières des patients sans fondement médical donnant lieu à facturation sans prise en charge par l'assurance maladie.

- Réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

Dans un premier temps, il s'agit de modifier les mesures transitoires de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 afin d'y ajouter :

- La suppression du coefficient de transition prévu au B de l'article 78 ;
- La création d'une dotation de sécurisation basée sur les recettes N-1 hors recettes exceptionnelles et d'un montant complémentaire, le cas échéant, basé sur le montant des dotations, forfaits et recettes activités notifiées en 2022, dans la limite de l'objectif de dépenses SSR ;
- La suspension en 2022 des versements par les caisses des recettes activités valorisées et des dotations et forfaits mentionnés à l'article L. 162-23-10 du code de la sécurité sociale ;
- Le report au 1^{er} mars 2027 de la dérogation relative à la mise en place de la facturation individuelle directe des établissements SSR mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du même code ;
- une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 des tarifs de prestations des établissements de soins de suite et de réadaptation et non au 1^{er} mars. Cette dérogation ne vaudrait que pour l'année 2022. ;
- La dérogation pour l'année 2022 à l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale relatif aux spécialités pharmaceutiques.

- Réforme du financement des hôpitaux de proximité

Il s'agit de modifier l'article L162-23-16 du code de la sécurité sociale qui prévoit un modèle de financement dérogatoire pour les hôpitaux de proximité dès lors qu'ils répondent aux missions définies par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Le présent article doit être modifié pour tenir compte :

- d'une précision rédactionnelle permettant de différencier les niveaux de garantie par type d'établissement selon différents paramètres : le niveau de financement des revalorisations salariales du pilier 1 du Ségur de la santé,

ainsi que les mouvements de périmètre liés à la réforme du financement des urgences. La rédaction actuelle ne permet en effet pas d'opérer ces distinctions ;

- d'une nécessaire prolongation d'un système de garantie pour les établissements de santé répondant aux critères de labellisation de 2016 mais qui ne répondraient pas aux nouvelles conditions.
- **Transformation de la date de fin de dérogation en une date d'engagement dans le processus FIDES**

L'objectif de cette mesure est de substituer à une date couperet s'imposant uniformément à l'ensemble des établissements un processus de déploiement progressif de la facturation individuelle permettant le passage en production graduel des différentes activités et prenant en compte la maturité et la capacité de l'établissement en termes de production des données médico économiques et de facturation.

Nous proposons ainsi de transformer la date du 1^{er} mars 2022 en date de début de déploiement. Un décret viendra préciser :

- les critères et les premières actions permettant de formaliser l'engagement des établissements dans ce processus de déploiement ;
- les indicateurs retenus pour évaluer la maturité et la capacité des établissements ;
- les modalités de passage graduel des différentes activités ;
- les éléments calendaires de déploiement jusqu'en 2027.

Quant à la date de fin de bascule, elle devra avoir lieu au plus tard 5 ans après le début du processus de déploiement soit le 1^{er} mars 2027 avec l'obligation pour tous les établissements concernés d'avoir basculé en facturation directe pour la totalité de leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique.

Cette approche par phase devra permettre de parvenir à la mise en œuvre effective. Les résultats des travaux préparatoires ont en effet montré que les adaptations nécessaires, tant sur les processus de production des données médico économiques que sur les systèmes d'information rendaient difficile une bascule globale, de l'ensemble des établissements de santé pour l'ensemble de leur activité à date donnée, telle que prévue par la rédaction actuelle.

- **Dotation socle de médecine et expérimentation**

La mesure proposée vise à :

- Reporter l'entrée en vigueur de la dotation socle au 1^{er} janvier 2022 au lieu du 1^{er} janvier 2021 ;
- Modifier l'année de référence qui sert au calcul de la dotation socle en renvoyant à un arrêté la fixation d'une année fixe ;
- Modifier le calendrier de publication du décret en Conseil d'Etat qui doit préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au II de l'article 57 de la LFSS pour 2021 (expérimentation dotation populationnelle en médecine).

b) Autres options possibles

Seul le législateur peut venir modifier les dispositions prévues par la présente mesure. Il n'y a pas d'autre option possible.

S'agissant de la **réforme du ticket modérateur**, l'article 35 de la LFSS pour 2020 avait prévu que la gestion des effets revenus se fasse sur une période de 3 ans via par les dotations MIGAC pour le champ SSR et la dotation populationnelle pour le champ psychiatrie. Ces vecteurs ne sont en fait pas adaptés à la gestion des effets revenus, c'est pourquoi il est proposé d'aligner le dispositif pour ces deux champs sur celui retenu pour le MCO défini à l'article 51 de la LFSS pour 2021 qui dispose que la gestion des effets revenus sur le champs d'activité MCO s'effectue via un coefficient de transition pendant 4 années.

Sur le financement de la **psychiatrie**, le Conseil d'Etat a souligné, à l'occasion de l'examen d'un projet de décret, l'absence actuelle de base légale au dispositif envisagé, démontrant ainsi l'absence d'alternative à une modification législative.

Pour le **financement des SSR**, la mesure consistant à mettre en place une dotation de sécurisation des revenus pour les établissements en 2022 et en conséquence de suspendre les versements des dotations issues du nouveau modèle cette même année pour éviter l'effet cumulatif, l'alternative consisterait à appliquer de manière effective le nouveau modèle de financement AMO des activités SSR sans mécanisme de gestion des effets revenus. Ceci créerait des effets revenus micro-économiques pour certains établissements, notamment anciennement sous objectif quantifié national financés aujourd'hui par prix de journée et créerait un risque au niveau des dépenses d'assurance maladie.

La mesure consiste également à faire entrer en vigueur les nouveaux tarifs à la même date que la dotation de sécurisation. Ne pas prendre cette mesure ne permettrait pas la régularisation du montant de la dotation de sécurisation sur les deux premiers mois de l'année 2022 en 2023, dans la limite de l'ODSSR 2022. Cela engendrerait également un risque au niveau des dépenses d'assurance maladie.

Pour **les hôpitaux de proximité**, sans ces ajustements législatifs, cela reviendrait à :

- Appliquer pleinement pour les établissements de santé nouvellement labellisés le modèle de financement dès 2021 dans un contexte très perturbé alors qu'ils bénéficient par ailleurs d'une garantie de financement pour sécuriser leurs recettes du fait de la persistance de la crise sanitaire ;

- Appliquer un niveau de garantie uniforme sans tenir compte de la compensation différenciée opérée au sein des tarifs hospitaliers pour couvrir des niveaux de charge différenciés entre catégories d'établissements, engendrant ainsi une inégalité de traitement ;
- Un retour au droit commun, soit un financement de l'activité de médecine à la T2A.

Par ailleurs, ne pas reporter la mise en œuvre de **la dotation socle** reviendrait à donner la possibilité aux établissements de santé d'y recourir sans grand intérêt du fait de la mise en place de la garantie de financement en 2021.

Sans la modification législative relative à **FIDES séjours**, l'ensemble des établissements de santé seraient contraints de basculer juridiquement dans cette facturation alors que techniquement leurs systèmes d'information n'ont pas été configurés pour gérer un tel changement.

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

Au regard des impacts des différentes dispositions sur les dépenses et l'organisation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie ainsi que sur l'ONDAM, la place en loi de financement de la sécurité sociale est justifiée au titre des dispositions du 2° et 3° du C du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

S'agissant particulièrement de la réforme du **ticket modérateur**, cette mesure permet de se prémunir contre le risque à la hausse sur les dépenses d'assurance maladie, qui pourrait être induit par le dispositif de gestion des effets revenus de la réforme du ticket modérateur en SSR et en psychiatrie, tel qu'il est actuellement prévu par la loi. Cela justifie également la place en LFSS de cette mesure. Elle affecte ainsi la participation des assurés aux frais de soins hospitaliers, produit des conséquences sur les dépenses et l'organisation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, s'agissant de **FIDES séjours**, la généralisation de la facturation directe des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en permettant d'accéder au fil de l'eau aux données détaillées et fiabilisées des prestations des hôpitaux publics et des établissements de santé privés à but non lucratif. Elle permettra notamment un meilleur contrôle a priori des sommes dues à ces établissements par les régimes d'assurance maladie obligatoire (2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale) et de mieux connaître les parcours de soins complets des patients (soins ambulatoires, en cliniques privées et en établissements publics de santé).

La révision des modalités et du calendrier de la facturation individuelle se justifie également au regard de sa mise en place par la LFSS pour 2004. En application des B et C du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, cette mesure trouve sa place en LFSS.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure vient modifier des articles existants du code de la santé publique et de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer**- Réforme du ticket modérateur des activités de psychiatrie et de SSR**

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

- Réforme de financement de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation

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

- Réforme de financement des hôpitaux de proximité

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

- FIDES séjour

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

- Dotation socle de médecine et expérimentation

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- Réforme du ticket modérateur

La réforme issue de l'article 35 de la LFSS 2020 est neutre au niveau macroéconomique aussi bien pour les établissements de santé, les organismes complémentaires que pour les patients. En effet celle-ci n'engage pas de transferts de charges entre l'AMO et l'AMC. Cette réforme pérennise l'assiette du calcul du ticket modérateur et les règles d'exonération ou de limitation du ticket modérateur qui ne changent pas. Par ailleurs la répartition des recettes entre secteurs de financement reste inchangée.

Toutefois, ce passage d'une base de calcul du reste à charge propre à l'établissement (TJP pour les établissements financés sous DAF et prix de journées pour les établissements financés sous OQN) à une grille de TNJP, conduit à des effets revenus pour certains établissements.

La mesure permet ainsi d'accompagner la mise en œuvre de la réforme vis-à-vis des établissements de santé par l'introduction d'un coefficient de transition lissant les impacts financiers sur une période de quatre années, et ce selon une méthodologie homogène avec le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique.

En l'absence de cette mesure, il pourrait être difficile de gérer les impacts microéconomiques pour tous les établissements du champ SSR et psychiatrie, en particulier ceux dont les dotations MIGAC et populationnelle sont faibles. Cela pourrait impliquer de devoir majorer les financements de certains établissements pendant la période de transition afin de lisser l'impact de la réforme sur leurs recettes. L'absence de modification de la loi pourrait donc entraîner un risque sur le niveau des dépenses d'assurance maladie.

- Réforme de financement de la psychiatrie

Cette disposition n'a pas d'impact financier.

- Réforme de financement des soins de suite et de réadaptation

La réforme issue des articles 78 de la LFSS 2020 et article 34 de la LFSS 2020 est neutre au niveau macroéconomique aussi bien pour les établissements de santé, les organismes complémentaires ainsi que pour les patients.

Ce passage vers un nouveau mode d'allocation de ressources des établissements de SSR, conduit à des effets revenus pour certains établissements. Ceux-ci seront neutralisés en 2022 par la présente mesure et limités sur la période 2023-2025 par un mécanisme de limitation des effets revenus qui sera inscrit en décret en Conseil d'Etat. Ces dispositifs seront appliqués dans la limite de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-23.

- Réforme de financement des hôpitaux de proximité

En 2018, l'ATIH a évalué le coût du modèle de financement des hôpitaux de proximité mis en place en 2016 à 20M€ par an. Ce coût correspond au différentiel entre des recettes effectivement perçues par les établissements dès lors qu'elles correspondent au niveau de la garantie fixée et la valorisation de l'activité (T2A). La réforme de 2016 s'est appliquée à 240 établissements et on peut estimer à 10% le nombre d'établissements qui ne seraient pas re-labellisés en 2022, soit un coût de 2 M€.

- FIDES séjours

La généralisation de la facturation individuelle participe d'une meilleure gestion des ressources des établissements de santé et contribue à l'efficacité de gestion interne aux établissements.

Les établissements devront être accompagnés pour faire évoluer leurs systèmes d'informations. Sur la base de 10 k€ par ES, nous aboutissons à un total de 6 M€ sur 3 ans soit 2 M€ par an.

- Dotation socle de médecine et expérimentation

La possibilité ouverte aux établissements de santé de choisir dès 2022 de bénéficier d'une dotation socle assise sur un pourcentage des recettes d'assurance maladie réalisées sur le périmètre de la médecine en hospitalisation complète n'aura qu'un impact tendanciel sur les comptes de l'assurance maladie puisque le montant vient en substitution des montants facturés en tarification à l'activité. L'impact tendanciel est difficile à estimer sans connaître le nombre et le profil des établissements qui activeront le droit d'option. Il résultera de la différence entre le volume annuel de progression des recettes d'assurance maladie des séjours de médecine des établissements ayant choisi de bénéficier de la dotation socle et l'évolution retenue pour cette dotation.

Différentes hypothèses de chiffrage ont été réalisées en fonction de la part de dotation socle retenue (de l'ordre de 20 à 30%) et de son taux de croissance annuel. Ces deux paramètres seront fixés par arrêté.

L'impact financier maximal est estimé en année pleine entre 23,7M€ (dotation socle de 20% et croissance de 0%) et 58,8 M€ (30% / 1%) selon les paramètres retenus et dans l'hypothèse où tous les établissements ayant une évolution de leur activité inférieure au taux d'évolution retenu activent le droit d'option.

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

a) Impacts économiques

Les dispositions de la mesure proposée n'ont pas d'impacts économiques sauf s'agissant de la réforme du ticket modérateur et de la dotation socle de médecine :

- Réforme du ticket modérateur

La mesure vise à modifier les effets revenus pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation. Néanmoins, la réforme globale du ticket modérateur améliore pour les organismes d'assurance complémentaire en santé la lisibilité du calcul du ticket modérateur à l'hôpital.

- Dotation socle de médecine et expérimentation

L'impact financier de la dotation socle au niveau de l'établissement dépendra de l'évolution historique de chaque établissement. En effet un établissement en décroissance tendancielle verrait, en optant pour la dotation socle, une partie de son activité de l'année de référence garantie, stoppant ainsi pour 2022 sa décroissance. A l'inverse un établissement en forte croissance tendancielle verrait ses recettes se stabiliser sur le périmètre d'application de la dotation socle.

Exemple : Etablissement A : évolution de son activité de médecine de -2%. Sur la base d'une recette de 100, et d'une dotation socle représentant 20% des recettes le choix de l'établissement pour la dotation socle se traduit par :

- Evolution des recettes d'activité sans participation à la dotation socle : $100 \times 0,98 = 98$

- Evolution des recettes d'activité avec participation : $100 \times 0,2 + 100 \times 0,8 \times 0,98 = 98,4$

b) Impacts sociaux

Aucun impact.

• Impact sur les jeunes

Aucun impact.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Aucun impact.

c) Impacts sur l'environnement

Aucun impact.

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

Aucun impact.

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

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

S'agissant du ticket modérateur en SSR et psychiatrie, la réforme améliore, pour les patients, la lisibilité du calcul du ticket modérateur à l'hôpital.

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

S'agissant de la réforme du ticket modérateur, et plus particulièrement du coefficient de transition objet de cette mesure, la mesure n'a pas d'impact sur les systèmes d'information de la Caisse nationale d'assurance maladie, les établissements de santé, les organismes complémentaires.

Elle nécessite toutefois une évolution des pratiques des agences régionales de santé qui seront amenées, à partir du 1er janvier 2022, à arrêter le coefficient de transition et les valeurs des tarifs journaliers propres à chaque établissement. Cette pratique est une nouveauté en ce qui concerne les établissements financés sous OQN exerçant des activités de soins de suite et réadaptation et de psychiatrie.

Les réformes de financement de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation nécessiteront une modification des systèmes d'information de la CNAM et des outils de facturation des établissements de santé.

S'agissant de FIDES séjours, la facturation individuelle conduit à étendre aux séjours l'ensemble du processus de recouvrement entre les hôpitaux, les comptables publics hospitaliers et les caisses d'assurance maladie obligatoire qui a déjà fait la preuve de sa pertinence et de sa faisabilité pour les actes et consultations externes, y compris d'un point de vue informatique. Il s'agit d'une source de modernisation et d'efficience administrative.

Le passage en facturation individuelle des séjours hospitaliers nécessite une adaptation des outils de suivi des recettes des établissements de santé mis à disposition des direction d'administration centrale et des agences régionales de santé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, et donc une évolution du système d'information (SI) partagé par ces trois entités. Elle se traduira in fine par une augmentation d'environ 10% des factures hospitalières actuellement limitées aux actes et consultations externes. Les SI des caisses de l'AMO devront prendre en compte en liquidation ce nouveau type de prestation.

S'agissant de la dotation socle de médecine, son report au 1^{er} janvier 2022 ainsi que l'adoption du décret en Conseil d'Etat relatif à l'expérimentation dotation populationnelle en médecine au plus tard le 31 mars 2022 permettra aux établissements de santé, aux ARS et aux caisses d'assurance maladie de mieux anticiper la mise en œuvre de ces dispositifs.

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

Les dispositions de la présente mesure seront gérées dans le cadre des moyens existants.

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

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

- Réforme du ticket modérateur

Un décret en Conseil d'Etat déclinera les modalités du coefficient de transition. Il devra être publié après la publication de la LFSS pour 2022 soit au plus tard le 31 décembre 2021 pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

- Réforme de financement de la psychiatrie :

Un décret en Conseil d'Etat déclinera les catégories de prestations pour exigences particulières. Il devra être publié après la publication de la LFSS pour 2022 soit au plus tard le 31 décembre 2021 pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

- Réforme de financement des soins de suite et de réadaptation

Un décret en Conseil d'Etat déclinera les modalités transitoires visant à sécuriser les recettes des établissements de SSR. Il devra être publié après la publication de la LFSS pour 2022 soit au plus tard le 31 décembre 2021 pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022. Ce décret sera concerté avec les fédérations hospitalières ainsi que les ARS, il sera également transmis aux caisses d'assurance maladie pour avis.

- Réforme de financement des hôpitaux de proximité

L'article 33 de la LFSS 2020 prévoit la prise d'un décret d'application, actuellement concerté au sein de l'instance dédiée à la réforme (fédérations hospitalières, syndicats de la médecine libérale) pour une publication souhaitée à l'automne 2021. Il sera complété par un arrêté d'application en fin d'année.

La mesure proposée ne prévoit pas de textes d'applications supplémentaires.

- FIDES Séjours

La mise en œuvre de la généralisation de la facturation directe nécessite un décret simple qui viendra préciser :

- les critères et les premières actions permettant de formaliser l'engagement des établissements dans ce processus de déploiement ;
- les indicateurs retenus pour évaluer la maturité et la capacité des établissements ;
- les modalités de passage graduel des différentes activités ;
- les éléments calendaires de déploiement jusqu'en 2027.

En fonction des modalités de passage graduel des différentes activités, et d'accompagnement des établissements par l'Assurance maladie obligatoire, une adaptation du décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL pour le déploiement des actes et consultations externes, fixant les modalités de mise en œuvre de la facturation directe, pourrait s'avérer nécessaire.

- Dotation socle de médecine et expérimentation

Le décret simple sera publié en janvier 2022 et le décret en conseil d'Etat au plus tard le 31 mars 2022. Les caisses d'assurance maladie seront consultées sur ces projets de décret.

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

Aucun impact sur le délai de mise en œuvre pratique de ces dispositions.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

S'agissant de la réforme du ticket modérateur, une communication ministérielle est prévue sur la réforme et l'affichage de la tarification nationale.

Les réformes de financement de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation nécessiteront également une communication ministérielle.

d) Suivi de la mise en œuvre

- **Réforme du ticket modérateur/ réforme de financement de la psychiatrie/ réforme de financement des soins de suite et de réadaptation/ réforme de financement des hôpitaux de proximité/ Fides séjours**

Un suivi de la réforme de la réforme sera réalisé au niveau national. La mise en œuvre des réformes de financement fait notamment l'objet d'un suivi et fera l'objet d'une information du Parlement dans le cadre du rapport sur le financement des établissements de santé transmis chaque année au Parlement.

- **Report de la dotation socle de médecine**

L'expérimentation dotation populationnelle fera l'objet d'une évaluation dont les modalités seront prévues dans le décret en Conseil d'Etat. Un comité de suivi d'expérimentation sera mis en place associant les agences régionales de santé, les établissements de santé, les professionnels de ville, l'assurance maladie ainsi que les membres de l'administration centrale.

La mise en œuvre de la dotation socle (nombre d'établissements participants, impacts sur les coûts assurance maladie) sera suivie dans le cadre de la campagne annuelle de financement des établissements de santé.

Un rapport au Parlement devra également être remis à l'issue de l'expérimentation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

[Réforme du ticket modérateur]

Article L.162-20-1 du code de la sécurité sociale	Article L.162-20-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.</p> <p>II.-La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :</p> <p>1° A l'exercice des recours contre tiers ;</p> <p>2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;</p> <p>3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.</p> <p>III.-Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :</p> <p>1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;</p> <p>2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;</p> <p>3° Bénéficie de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p> <p>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.</p>	<p>I.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.</p> <p>II.-La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :</p> <p>1° A l'exercice des recours contre tiers ;</p> <p>2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;</p> <p>3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.</p> <p>III.-Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :</p> <p>1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;</p> <p>2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;</p> <p>3° Bénéficie de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p> <p>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.</p> <p>V.-Les tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours.</p>

Article 35 de la LFSS pour 2020	Article 35 de la LFSS pour 2020
<p>[...]</p> <p>V.-Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2022.</p> <p>Pour les activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2022.</p> <p>VI.-A compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des 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 sont affectés d'un coefficient de transition.</p> <p>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 dudit code en comparaison de la tarification journalière des prestations appliquée dans l'établissement concerné.</p> <p>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.</p> <p>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 et prennent effet au 1er janvier de l'année en cours.</p> <p>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.</p> <p>Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er janvier 2026.</p> <p>Les modalités d'application du coefficient de transition sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.</p> <p>A compter du 1er janvier 2022 et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des</p>	<p>[...]</p> <p>V.-Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2022.</p> <p>Pour les activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2022.</p> <p>VI.-A compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des 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 les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements mentionnés au même article L. 162-22-6 exerçant des activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22 sont affectés d'un coefficient de transition.</p> <p>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 dudit code en comparaison de la tarification journalière des prestations appliquée dans l'établissement concerné.</p> <p>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.</p> <p>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 et prennent effet au 1er janvier de l'année en cours.</p> <p>Pour l'année 2022, les valeurs mentionnées au précédent alinéa prennent effet 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.</p> <p>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.</p> <p>Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er janvier 2026.</p> <p>Les modalités d'application du coefficient de transition sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.</p>

<p>prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p> <p>A compter du 1er janvier 2022 et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>A compter du 1er janvier 2022 et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p> <p>A compter du 1er janvier 2022 et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>
--	--

[Réforme de financement de la psychiatrie]

Article L162-22-18 actuel du code de la sécurité sociale	Article 162-22-18 modifié du code de la sécurité sociale
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.</p> <p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.</p> <p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.</p>

<p>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.</p> <p>La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités.</p> <p>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.</p> <p>IV.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de prestations pour exigences particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.</p>
--	--

[Réforme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation]

Code de la sécurité sociale	Code de la sécurité sociale modifié
<p>L. 162-23-4</p> <p>I.- Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :</p> <p>1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 , qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;</p> <p>2° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p> <p>3° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;</p> <p>4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ;</p> <p>5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>5° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.</p> <p>Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.</p> <p>Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.</p> <p>II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.</p>	<p>L. 162-23-4</p> <p>I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :</p> <p>1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 , qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;</p> <p>2° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2 1° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p> <p>3° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;</p> <p>4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ;</p> <p>5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.</p> <p>Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.</p> <p>Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.</p> <p>II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.</p>

Code de la santé publique	Code de la santé publique modifiée
<p>L. 6245-1</p> <p>L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et au 2° 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 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 troisième et quatrième alinéas 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. 162-23-3 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.</p>	<p>L. 6245-1</p> <p>L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et au 2°^{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 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 au troisième et quatrième alinéas 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. 162-23-3 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.</p>
<p>L. 6145-4</p> <p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code ;</p> <p>4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code ;</p> <p>5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code.</p>	<p>L. 6145-4</p> <p>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°^{2°} 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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code ;</p> <p>4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code ;</p> <p>5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code.</p>
<p align="center">Article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016</p>	<p align="center">Article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifié</p>
<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-(Abrogé)</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des</p>	<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-(Abrogé)</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance</p>

<p>tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-2 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement liées aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er janvier 2022 et s'applique jusqu'au 28 février 2026 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p> <p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.</p> <p>La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p> <p>C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.</p> <p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-2 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement liées aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er janvier 2022 et s'applique jusqu'au 28 février 2026 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p> <p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.</p> <p>La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p> <p>C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.</p> <p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse</p>
--	--

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2022 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

D.-A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.

Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'Etat.

E.-Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :

1° Du 1er janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;

2° Du 1er mars 2017 au 31 décembre 2021, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi. En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code sont minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du b du présent 2° dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;

b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'Etat. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ;

mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2027 ~~1er mars 2022~~ selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

D.-A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.

Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'Etat.

~~E.-Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :~~

~~1° Du 1er janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;~~

~~2° Du 1er mars 2017 au 31 décembre 2021, elles sont financées par deux montants cumulatifs :~~

~~a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi. En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code sont minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du b du présent 2° dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;~~

~~b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.~~

~~Pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par~~

<p>Le niveau des fractions prévues aux a et b du présent 2° peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1er janvier 2017 sauf en ce qui concerne :</p> <p>a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1er janvier 2022 ;</p> <p>b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable au plus tard le 1er janvier 2022 ;</p> <p>4° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :</p> <p>a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;</p> <p>b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :</p> <p>a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er janvier 2017 au 28 février 2017 ;</p> <p>b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er mars 2017 au 31 décembre 2017 ;</p> <p>6° Du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2021, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E.</p>	<p>décret en Conseil d'Etat. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ;</p> <p>Le niveau des fractions prévues aux a et b du présent 2° peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1er janvier 2017 sauf en ce qui concerne :</p> <p>a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1er janvier 2022 ;</p> <p>b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable au plus tard le 1er janvier 2022 ;</p> <p>4° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :</p> <p>a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;</p> <p>b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :</p> <p>a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er janvier 2017 au 28 février 2017 ;</p> <p>b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er mars 2017 au 31 décembre 2017 ;</p> <p>6° Du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2021, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E.</p> <p>E.- 1° Du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022, par dérogation aux articles L.162-23 à L. 162-23-11, L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux C et F du présent III, les forfaits, les dotations et les montants arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé, ou, pour le service de santé des armées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au titre des soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code, exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 de ce code et par le service de santé des armées, ne sont pas versés par les caisses ;</p> <p>2° Pour la même période, les activités mentionnées au 1° sont financées par des dotations</p>
--	---

<p>F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 31 décembre 2021, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code et, du 1er janvier 2022 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du même code n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.</p> <p>Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des montants mentionnés au premier alinéa du présent F, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>G.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 1° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).</p> <p>Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.</p> <p>L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.</p> <p>Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant</p>	<p>provisionnelles calculées à partir des recettes perçues en 2021, hors recettes exceptionnelles.</p> <p>Le montant définitivement alloué à chaque établissement est régularisé au plus tard le 31 mai 2023 dans la limite de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale fixé pour l'année 2022 lorsque celui-ci est inférieur à la somme des montants arrêtés par les directeurs généraux d'agence régionale de santé, et, pour le service de santé des armées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au titre des financements mentionnés à l'article L. 162-23-2 du même code. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent alinéa.</p> <p>F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 31 décembre 2021, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code et, du 1er janvier 2022 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du même code n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code. Ils transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.</p> <p>Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des montants mentionnés au premier alinéa du présent F, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>G.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 1° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).</p> <p>Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.</p> <p>L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.</p> <p>Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant</p>
---	--

<p>d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p> <p>H.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 dudit code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p> <p>H.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 dudit code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>I.- Par dérogation au I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, pour l'année 2022, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° du même I sont applicables à compter du 1er janvier.</p> <p>J.- Par dérogation à l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, et à titre transitoire pour l'année 2022, pour chaque spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 du même code, tant que le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements n'ont pas été fixés par convention entre l'entreprise titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé, ou à défaut, par décision de ce dernier, et publiés par ce dernier :</p> <p>1° Lorsque la spécialité est inscrite sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ou L. 5123-2 du code de la santé publique et que pour la ou les indications de cette spécialité, un prix ou un tarif ont été fixés en application d'au moins l'un des articles L. 162-16-4-3, L. 162-16-5, L. 162-16-5-4 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L.162-23-6 du même code sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au niveau du prix ou tarif susmentionnés ;</p> <p>2° Dans le cas contraire, la spécialité est facturée à l'assurance maladie et est prise en charge au titre de son inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 du même code sur la base de son prix d'achat par l'établissement de santé.</p>
--	--

[Réforme de financement des hôpitaux de proximité]

Article L162-23-16 actuel du code de la sécurité sociale	Article 162-23-16 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé de la population du territoire ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ces établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée.</p> <p>II.-Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté ainsi qu'à financer l'indemnité prévue au dernier alinéa de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>I.-Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, 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.</p> <p>II.-Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté ainsi qu'à financer l'indemnité prévue au dernier alinéa de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021	Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021
<p>VII.-Les établissements de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ne satisfaisant pas, au titre de l'année 2021, aux conditions fixées, en application du même article L. 6111-3-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 précitée, pour relever des dispositions applicables aux hôpitaux de proximité continuent de bénéficier, pour l'année 2021, du régime de financement dérogatoire prévu à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p>	<p>VII.-Les établissements de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ne satisfaisant pas, au titre de l'année 2021 au titre des années 2021 et 2022, aux conditions fixées, en application du même article L. 6111-3-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 précitée, pour relever des dispositions applicables aux hôpitaux de proximité continuent de bénéficier, pour l'année 2021 pour les années 2021 et 2022, du régime de financement dérogatoire prévu à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p>

[FIDES Séjours]

Article 65 actuel de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	Article 65 modifié de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018
<p>III. - La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1er mars 2022 selon des modalités calendaires précisées par décret.</p>	<p>III. - La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1er mars 2022 selon des modalités calendaires précisées par décret.</p> <p>III.- Pour les établissements mentionnés au I du présent article, la facturation établie selon les règles prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est mise en œuvre de la façon suivante :</p> <p>1° A compter du 1er mars 2022, pour les établissements se déclarant volontaires pour son déploiement ;</p> <p>2° A compter du 1er mars 2024 pour les autres établissements lorsqu'ils remplissent des critères fixés par voie réglementaire relatifs aux activités, à l'organisation et à la capacité de l'établissement.</p> <p>La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1er mars 2027.</p> <p>Les modalités d'application du présent III et le calendrier de leur mise en œuvre sont fixés par décret.</p>

[Dotation socle de médecine et expérimentation]

Article 57 de la LFSS pour 2021	Article 57 modifié de la LFSS pour 2021
<p>I. - A compter du 1er janvier 2021 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.</p> <p>La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la dotation socle est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes de l'assurance maladie issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné.</p> <p>Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisés au sein de l'établissement concerné durant l'année en cours tiennent compte de la dotation socle.</p> <p>Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret.</p>	<p>I. - A compter du 1er janvier 2021 2024 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.</p> <p>La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la dotation socle est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes de l'assurance maladie issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné. au cours d'une année de référence qui est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les modalités de modification de cette année de référence sont fixées par arrêté des mêmes ministres.</p> <p>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.</p>

<p>II. - Une expérimentation portant sur un financement des activités de médecine des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte et d'un financement à la qualité, 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 décembre 2021.</p> <p>Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé :</p> <p>1° Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° A l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.</p> <p>Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.</p> <p>III. - La dotation prévue au II se substitue à la dotation socle prévue au I lorsque l'établissement de santé qui bénéficie de la dotation socle participe à l'expérimentation prévue au II.</p>	<p>Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret.</p> <p>II. - Une expérimentation portant sur un financement des activités de médecine des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte et d'un financement à la qualité, 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 décembre 2021 mars 2022.</p> <p>Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé :</p> <p>1° Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° A l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.</p> <p>Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.</p> <p>III. - La dotation prévue au II se substitue à la dotation socle prévue au I lorsque l'établissement de santé qui bénéficie de la dotation socle participe à l'expérimentation prévue au II.</p>
---	--

Article 26 – Ajustement de la réforme du financement des urgences et prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers

I. Présentation de la mesure

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

- Ajustement de la réforme du financement des urgences

Le nouveau modèle de financement des urgences défini à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale repose sur trois piliers de financement : une dotation populationnelle (1°), une dotation complémentaire qualité (3°) et des recettes liées à l'activité (2°).

Les recettes liées à l'activité sont composées pour les passages non suivis d'hospitalisation :

- de forfaits et suppléments pour les actes des urgentistes de manière à retracer les lourdeurs de prise en charge ;
- des suppléments pour la radiologie, la biologie et les avis spécialistes pour rémunérer le recours aux plateaux techniques ;
- d'une participation forfaitaire des patients au travers du forfait patient urgence (FPU).

Pour les passages suivis d'hospitalisation, elles sont composées des GHS, et restent complétées le cas échéant des facturations d'honoraires des médecins libéraux dans le secteur ex OQN.

Les honoraires des praticiens libéraux reposant jusqu'alors sur la facturation des consultations et actes aux tarifs conventionnels seront remplacés à partir du 1er janvier 2022, pour les passages non programmés non suivis d'hospitalisation, par les forfaits et suppléments prévus dans le cadre de cette réforme du financement des urgences. Les praticiens libéraux concernés ne pourront donc plus facturer les actes prévus aux nomenclatures habituelles (NGAP, NABM et CCAM) qui constituent actuellement leurs honoraires.

Initialement, il était prévu que les forfaits et suppléments soient reversés par l'établissement ex-OQN aux praticiens libéraux en tant que prestations d'hospitalisation. Pour faciliter la mise en œuvre de la réforme dans les délais impartis et répondre à la demande des acteurs concernés de maintien des modalités de facturation actuelles le scénario finalement retenu est celui du maintien des modalités facturation actuelles s'appliquant aux passages aux urgences dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, à savoir une facturation en partie dite « basse » du bordereau de facturation cerfa S3404.

Par ailleurs, l'intégration des honoraires dans les nouveaux forfaits et suppléments nécessitait de clarifier la question de la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales à la charge du professionnel de santé libéral pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et vieillesse, au même titre que les actes des médecins conventionnés en secteur 1. Or le maintien de ces avantages sociaux associés aux revenus conventionnels est d'une part, légitime dès lors que les forfaits et suppléments se substituent aux honoraires conventionnels actuels, et d'autre part, requis pour l'acceptabilité de la réforme par les professionnels de santé concernés.

Par ailleurs, la prolongation de la garantie de financement (dispositif permettant de sécuriser les recettes de l'assurance-maladie pour les établissements de santé initié en mars 2020 et poursuivi au premier semestre 2021, prise en application de l'ordonnance du 25 mars 2020 et de l'arrêté du 13 avril 2021), étendue jusqu'au 31 décembre 2021, conduit à reporter la mise en œuvre des forfaits activité et par voie de conséquence du forfait patient urgence (FPU).

En effet, ce forfait prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, ainsi que les nouveaux forfaits pris en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale, constituent la nouvelle base de facturation à l'activité des structures des urgences à compter du 1er septembre 2021.

Toutefois la prolongation de la garantie de financement au-delà du 1er septembre 2021, basée sur des recettes historiques ne comprenant pas le FPU ni les nouveaux forfaits à l'activité, rend impossible leur mise en œuvre pour des raisons techniques, tenant notamment aux systèmes d'informations et aux modalités de calcul de la garantie de financement. Il est donc nécessaire de reporter leur entrée en vigueur.

Seul le report du FPU créé en application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 nécessite une modification en LFSS. La mesure vise donc à reporter au 1er janvier 2022 son entrée en vigueur initialement prévue au 1er septembre 2021.

Enfin, l'article L. 160-13 tel que modifié par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 précise les cas dans lesquels le forfait patient urgence peut être minoré ou supprimé. Le présent article précise le cadre qui sera applicable pour les personnes invalides et les personnes bénéficiaires de rentes d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) : les personnes invalides bénéficieront bien comme aujourd'hui d'une exonération du ticket modérateur, ainsi que les bénéficiaires de rentes d'AT-MP dont l'incapacité est au moins égale à 2/3, les autres bénéficiaires de rentes AT-MP se voyant appliquer un forfait réduit. Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité bénéficiaient quant à eux d'une prise en charge intégrale de leurs frais de santé par l'application combinée de la législation du code de la sécurité sociale et de la législation du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Le présent article comporte des dispositions de coordination entre ces textes afin d'assurer la lisibilité des règles applicables à ces assurés dans le cadre de la mise en œuvre du forfait de passage aux urgences et confirmer comme cela est le cas aujourd'hui l'absence totale d'application du ticket modérateur. **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

L'expérimentation concernant l'organisation et le financement des transports sanitaires urgents permet de déroger aux règles d'organisation de la garde départementale des transporteurs sanitaires et aux modalités et montants de rémunération des transporteurs sanitaires privés pour les interventions sur demande du SAMU. Ainsi, à l'issue d'un premier appel à candidature, trois expérimentations ont été déployées et ont débuté le 1^{er} juillet 2016. Par la suite, quatre autres expérimentations ont été déployées en novembre 2018. Ces sept expérimentations sont toujours en cours dans les Bouches du Rhône, en Isère, en Haute-Garonne, en Savoie, dans l'Allier, en Charente-Maritime et dans le Var. La durée légale des expérimentations, fixée par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, arrive à son terme le 31 décembre 2021. Or, une réforme d'ampleur est en cours sur l'organisation et le financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers.

Le déploiement de cette réforme devait avoir lieu à partir de la fin du premier trimestre 2021. Les concertations multiples ont abouti au lancement de sept études d'impact départementales durant l'été 2021. Tenant compte de la crise sanitaire et du besoin de pouvoir mener l'analyse des résultats de ces études, la poursuite des expérimentations est nécessaire afin d'aménager la transition vers le nouveau dispositif sur les territoires expérimentateurs. Si la durée légale de ces expérimentations n'est pas prolongée à compter du 1^{er} janvier 2022, les sept départements d'expérimentation actuels seront contraints de revenir aux dispositions de droit commun en attendant la mise en œuvre de la réforme, ce qui représente un risque opérationnel et politique fort. En effet, au-delà de la complexité de revenir de manière transitoire à des modes d'organisation et de financement de transports essentiels pour l'aide médicale urgente moins efficaces, le risque est grand de voir les transporteurs sanitaires se désengager de la réalisation des transports urgents, en raison d'un cadre moins adapté à leurs contraintes.

Il est donc proposé de prolonger d'un an les expérimentations organisées en application de l'article 66 de la LFSS pour 2012. La durée des expérimentations étant fixée par la LFSS pour 2012, il est nécessaire de prévoir une mesure en LFSS pour 2022 permettant de la proroger.

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

a) Mesure proposée

- Ajustement de la réforme du financement des urgences

Il est proposé de clarifier la question de la rémunération des praticiens libéraux exerçant dans les structures des urgences dans les établissements privés en intégrant une disposition précisant que l'activité liée aux passages non programmés non suivis d'hospitalisation dans ces structures sera rémunérée par les seuls forfaits et suppléments de la réforme des urgences qui se substitueront aux honoraires actuellement perçus par les professionnels de santé libéraux concernés.

Pour répondre aux demandes des praticiens libéraux de maintenir les mêmes avantages sociaux que ceux associés aux rémunérations conventionnelles, il est proposé que la participation au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires issus des forfaits et suppléments perçus dans le cadre de leur activité de médecine d'urgence interviendra au même titre que pour les autres revenus conventionnés. Cette disposition existe de manière similaire pour les forfaits rémunérant les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoires.

Concernant la mise en œuvre du FPU, il est proposé de reporter son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 au lieu du 1^{er} septembre 2021

Il est proposé par ailleurs d'explicitier le maintien d'une exonération totale de participation pour les titulaires d'une pension d'invalidité ainsi que les titulaires d'une rente AT/MP dont l'incapacité est au moins égale à 2/3. Une exonération totale de participation est également prévue explicitement pour les titulaires d'une pension militaire d'invalidité afin de clarifier l'articulation entre les mesures existantes du code de la sécurité sociale et du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette clarification des règles d'exonération pour les invalides de guerre interviendra dès le 1^{er} janvier 2022. Une réduction du ticket modérateur sera prévue pour les victimes d'un AT/MP n'ayant pas entraîné une incapacité permanente au moins égale à 2/3.

- Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers

La mesure consiste également à prolonger d'un an les expérimentations sur le transport sanitaire urgent autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Il s'agit de ne pas contraindre les territoires expérimentateurs à rebasculer vers les modalités de financement de droit commun de ces transports dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme relative à l'organisation et au financement des transports urgents préhospitaliers qui devrait entrer en vigueur courant 2022.

b) Autres options possibles

- Ajustement de la réforme du financement des urgences

Il peut également être envisagé de maintenir le cadre légal actuel ce qui impliquerait de faire transiter les rémunérations des professionnels de santé libéraux par les établissements privés eux-mêmes ; le report de la mise en œuvre du FPU nécessite par ailleurs une intervention législative.

- Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers

Les 7 territoires d'expérimentation concernés ne seront vraisemblablement pas prêts à passer d'emblée au nouveau système prévu par la réforme dès le 1^{er} janvier 2022. Celui-ci repose en effet sur des discussions locales complexes entre ARS, CPAM, SAMU, transporteurs sanitaires et SDIS, qui ne pourront avoir lieu qu'après la publication des textes nationaux relatifs à la réforme, prévue en fin d'année 2021. La seule alternative serait d'imposer aux territoires de revenir de manière transitoire aux modalités d'organisation et de financement qui prévalaient auparavant : suppression des moyens garantis au SAMU en journée, modification des codes prestations pour la CPAM, forte baisse de la rentabilité pour les entreprises, etc. La suppression transitoire des organisations négociées avec les acteurs risque fort de susciter un désengagement qui se traduirait non seulement par des difficultés opérationnelles majeures pour les SAMU mais

également par un surcoût significatif généré par les interventions des SDIS au titre de la carence ambulancière pour un montant unitaire supérieur au coût moyen des transports assurés par les transporteurs sanitaires privés. A défaut, l'absence de prorogation de la durée légale de ces expérimentations pourrait pénaliser et déstabiliser les acteurs locaux qui n'auraient pas d'autre solution que de revenir aux dispositions de droit commun antérieures.

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

- Ajustement de la réforme du financement des urgences

La mesure justifie sa place LFSS puisqu'il s'agit d'ajustements apportés à une réforme qui avait elle-même pleinement sa place en LFSS compte tenu de son impact financier. En outre, la substitution, aux rémunérations conventionnelles, de forfaits et suppléments fixés par voie unilatérale, même si elle s'opère initialement à enveloppe constante, vise à corriger des effets pervers du système actuel, encourageant les cliniques autorisées à avoir une activité d'urgence à se spécialiser dans les interventions les plus légères, et poursuit ainsi un but de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat.

- Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers

Il est nécessaire de passer par une norme législative de même nature pour pouvoir proroger la durée légale des expérimentations sur le transport sanitaire urgent. Cette mesure aura pour effet de modifier l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 en étendant la durée des expérimentations jusqu'au 31 décembre 2022 ce qui justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Cette mesure a également un impact sur le tendancier de dépenses d'assurance maladie puisqu'elle permet d'éviter un surcoût estimé à 1,29 M€ en 2022 en son absence. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

- Ajustement de la réforme du financement des urgences

La mesure nécessite de modifier les articles L. 160-13, L.162-22-8-2 et L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

- Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers

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. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- Ajustement de la réforme du financement des urgences

La mise en œuvre des nouveaux forfaits et suppléments concernant les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation permettra de recentrer le financement de cette activité sur les cas les plus lourds, incitant par la même les acteurs publics et privés à s'inscrire pleinement en complément des nouvelles organisations territoriales de soins non programmés (CPTS, Service d'accès aux soins notamment). Ainsi la mise en œuvre de ces forfaits et suppléments vise à entraîner une moindre prise en charge des soins non programmés les plus légers dans les structures des urgences autorisées, où les organisations en place (utilisation systématique de personnels administratifs et non médicaux et mobilisation du plateau technique plus fréquente du plateau technique aux urgences qu'en ville) correspondent à des coûts plus élevés qu'en ville, et ce aussi bien dans le secteur public que privé. De plus il est attendu que les nouveaux forfaits et suppléments incite les structures des urgences du secteur privé à réorienter leur activité vers les cas plus lourds (personnes âgées...) participant à un désengorgement des structures des urgences des établissements publics, donc à changements organisationnels et, ainsi, à une réduction de leurs coûts de fonctionnement. Enfin les travaux de calibrage de ces forfaits ont mis en évidence des enjeux de pertinence sur le recours à l'imagerie et à la biologie au cours des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et des actions de maîtrise du risque pourront être développées sur base des données de facturation de ces forfaits.

Le montant du forfait patient urgence est calculé à masse constante de participation sans organiser de déport entre assurances maladie obligatoire et complémentaire. En effet, l'arrêté fixant les montants des forfaits pleins et minorés, n'est pas encore paru. Le montant de ces forfaits est calculé en tenant compte de la masse de ticket modérateur actuellement acquittée par les assurés. Ce calcul tiendra compte des nouveaux cas d'exonération et de minoration prévus par la présente mesure, qui concerne par ailleurs une faible proportion des passages aux urgences pour lesquels le FPU doit être acquitté, afin de viser une pleine neutralité de la mesure au global entre les dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et celles assumées par les complémentaires santé ou restant à la charge de l'assuré, pour les 4 % d'assurés non couverts par une complémentaire santé¹.

- Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers

Sept départements bénéficient de l'expérimentation sur le transport urgent prévue par la LFSS pour 2012. Elle a permis d'y stabiliser le niveau des carences ambulancières (solicitation des sapeurs-pompiers en raison d'une indisponibilité des transporteurs privés), alors qu'au niveau national, le nombre de carences a augmenté de plus de 10 % par an depuis 2013.

Si l'expérimentation était supprimée avant la mise en œuvre du nouveau modèle et que, en conséquence, les transporteurs sanitaires privés se désengageaient de l'urgence préhospitalière, il est estimée une augmentation des carences ambulancières de l'ordre de 30 % sur les 7 départements dans la mesure où la croissance nationale atteint près de 20 % aujourd'hui. Il y aurait alors, sur une base annuelle, environ 40 000 carences supplémentaires représentant un montant de dépenses de 4,96 M€. A l'inverse, si les transporteurs sanitaires continuaient à effectuer ces 40 000 interventions, le montant des dépenses associées serait de 3,64 M€ en référence au coût moyen des transports sanitaires urgents de 91 € par transport alors que les carences sont rémunérées 124 € aux sapeurs-pompiers. La prorogation des expérimentations permettrait ainsi d'éviter un surcoût estimé à 1,29 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025

¹ Par construction, la neutralité macroéconomique ici visée est établie en tenant compte de la structure constatée de la population assurée, et notamment de la répartition actuelle entre personnes assurées exonérées, soumises au forfait minoré et soumises au forfait de droit commun. Une déformation de cette répartition pourrait induire un léger écart par rapport aux équilibres macroéconomiques globaux, qui pourront en cas de déformation substantielle faire l'objet dans les suites de la mise en œuvre de la réforme de modifications des paramètres réglementaires le cas échéant pour assurer la neutralité recherchée sur un horizon de moyen terme.

- Maladie		Financement urgence = 0 Transports urgents = +1,29	Financement urgence = 0 Transports urgents = 0	Financement urgence = 0 Transports urgents = 0	Financement urgence = 0 Transports urgents = 0
-----------	--	---	---	---	---

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

a) Impacts économiques

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Sans objet.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

La prorogation de l'expérimentation permettra la poursuite de l'activité de transport sanitaire urgent préhospitalier à la demande des SAMU dans les 7 territoires expérimentateurs. L'un des apports fondamentaux des expérimentations est en effet d'assurer une rentabilité aux transporteurs sanitaires privés, l'activité sur demande du SAMU dans le cadre de la garde étant autrement insuffisamment financée par rapport à la progression des coûts incombant aux transporteurs.

b) Impacts sociaux

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Sans objet.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

Sans objet

• **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Sans objet.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

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

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Sans objet.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

Sans objet.

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

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Les modalités de facturation et de recouvrement des honoraires des praticiens libéraux dans les établissements ex OQN sont mises en œuvre dans les systèmes d'information de l'assurance maladie.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

La prorogation de la durée légale des expérimentations est de nature à minimiser les impacts sur les systèmes d'information de la CNAM et sur la gestion de la garde départementale assurée par les ARS. En effet, plusieurs projets d'expérimentation ont nécessité la création de codes-actes pour la liquidation des dépenses décidées dans le cadre des expérimentations. La CNAM a créé ces codes-actes et a informé toutes les CPAM des modalités de liquidation des dépenses expérimentales par lettre-réseau. De même, les ARS ont mis en place de nouveaux outils pour organiser et suivre l'activité. La prorogation des expérimentations se traduirait par un maintien dans ce cadre existant, que la fin des expérimentations obligerait à modifier pour quelques mois seulement, avant l'entrée en vigueur de la réforme nationale.

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.

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Les textes d'application prévues par la LFSS 2021 seront inchangés.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

La prorogation des expérimentations ne nécessite pas de texte d'application, le décret du 23 décembre 2014 resterait en vigueur, l'instruction du 29 janvier 2015 et l'instruction du 28 juillet 2016 ouvrant le deuxième appel à candidatures expérimentales encadrent de façon suffisante la mise en œuvre des expérimentations.

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

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Ce dispositif devra être effectif au plus tard au 1^{er} janvier 2022. Les modifications des règles d'exonération entreront en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

La prorogation de l'expérimentation en LFSS pour 2022 sera d'effet immédiat et ne nécessite pas de mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

Sans objet.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

La prorogation de l'expérimentation en LFSS pour 2022 est sans impact sur les assurés et les cotisants.

d) Suivi de la mise en œuvre

- **Ajustement de la réforme du financement des urgences**

La mesure fera l'objet d'un suivi par la CNAM qui sera en charge de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif.

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

Les expérimentations autorisées par l'article 66 de la LFSS pour 2012 font l'objet d'un suivi régulier et précis de l'activité et de la consommation de l'enveloppe de dépenses expérimentales. Un comité de suivi de l'expérimentation est mis en place pour chacune de ces expérimentations et associe ARS, CPAM, représentants des transporteurs sanitaires, de l'établissement siège de SAMU et, le cas échéant, du SDIS. Ce comité de suivi se réunit de façon régulière. Chaque expérimentation fait également l'objet d'un rapport d'évaluation communiqué à la DGOS, la DSS et la CNAM. Enfin, le ministère rendra un rapport au Parlement sur la mise en œuvre des expérimentations 6 mois avant leur terme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

- Ajustement de la réforme du financement des urgences

Article L.162-22-8-2 du code de la sécurité sociale	Article L.162-22-8-2 du code de la sécurité sociale
<p>Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'<u>article L. 6122-1 du code de la santé publique</u>, 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 :</p> <p>1° Une dotation populationnelle, dont le montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé. 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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire ;</p> <p>4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'<u>article L. 6122-1 du code de la santé publique</u>, 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 :</p> <p>1° Une dotation populationnelle, dont le montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé. 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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6. ;</p> <p>Dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'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.</p> <p>3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire ;</p> <p>4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>

<p align="center">Article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale</p>
<p>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 :</p> <p>(...)</p> <p>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, 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 ;</p>	<p>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 :</p> <p>(...)</p> <p>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 ;</p>
<p align="center">Article L. 160-13 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 160-13 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.</p> <p>La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.</p> <p>L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation</p>	<p>I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.</p> <p>La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.</p> <p>L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation</p>

<p>mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 11°, 15° et 18° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code.</p> <p>(...)</p>	<p>mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre 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 dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 11°, 15° et 18° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1 et L. 16-10-1 du présent code 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 à ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1.</p> <p>(...)</p>
<p>Article 51 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020</p>	<p>Article 51 modifié de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020</p>
<p>[...]</p> <p>VIII.-Le I entre en vigueur le 1er janvier 2021, à l'exception du 1°, du c du 2° et des 3° à 6°, qui entrent en vigueur le 1er septembre 2021.</p>	<p>[...]</p> <p>VIII.-Le I entre en vigueur le 1er janvier 2021, à l'exception du 1°, du c du 2° et des 3° à 6°, qui entrent en vigueur le 1er janvier 2022.</p>

- **Prolongation des expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers**

<p>Article 66 actuel de la LFSS pour 2012</p>	<p>Article 66 modifié de la LFSS pour 2012</p>
<p>I. — Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas dix ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.</p> <p>II. - Dans ce cadre, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :</p> <p>1° L'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;</p> <p>2° Le 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences</p>	<p>I. — Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas dix onze ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.</p> <p>II. - Dans ce cadre, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :</p> <p>1° L'article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;</p> <p>2° Le 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde</p>

préhospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences préhospitalières ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de cette rémunération pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. - Les agences régionales de santé, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie, conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences préhospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

A cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé.

IV. - Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. - Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement.

VI. - Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.

départementale et à la prise en charge des urgences préhospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences préhospitalières ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de cette rémunération pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. - Les agences régionales de santé, en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie, conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences préhospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

A cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé.

IV. - Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. - Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement.

VI. - Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.

I. Présentation de la mesure

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

Mesure relative à la possibilité de réaliser des greffes exceptionnelles

La rédaction actuelle de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale, issue de la LFSS pour 2017, met en place pour les établissements de santé un régime d'autorisation *ad hoc* pour les activités de greffes exceptionnelles (ex. face, avant-bras, bras).

Les hôpitaux des armées ne sont pas juridiquement des établissements de santé. Ces dispositions ne leur sont donc pas applicables. Or les patients qu'ils accueillent, tout comme ceux des établissements civils, ont vocation à bénéficier de ce type de thérapeutique. Pour que les hôpitaux des armées puissent réaliser des greffes exceptionnelles, il est donc nécessaire de les inclure dans le champ de l'article L. 162-30-5. Par ailleurs, de façon constante, les activités des hôpitaux des armées ne sont pas autorisées par les agences régionales de santé mais par arrêté interministériel, précision qui doit être apportée dans cet article. Du fait de cette incompétence générale des agences régionales de santé concernant les hôpitaux des armées, le troisième alinéa du I de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale, qui renvoie à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique relatif aux pouvoirs de suspension des directeurs généraux des agences régionales de santé, ne peut s'appliquer aux hôpitaux des armées.

Mesure relative à la pratique des actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique

L'article L. 1151-1 du code de la santé publique prévoit que les établissements de santé peuvent pratiquer des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que prescrire certains dispositifs médicaux et utiliser des médicaments qui nécessitent un encadrement spécifique ou sont susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées et sont donc soumises à des règles spécifiques.

Les hôpitaux des armées, qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé, sont exclus de la possibilité d'utiliser ces dispositifs médicaux ou ces médicaments et de pratiquer ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique lorsque cette utilisation est limitée à certains établissements de santé nommément désignés, alors que l'état de santé des patients qu'ils prennent en charge peut nécessiter l'utilisation de tels actes ou médicaments.

Par ailleurs, du fait des spécificités du service de santé des armées et de la régulation nationale et non régionale des hôpitaux des armées, il convient de prévoir les modalités spécifiques selon lesquelles ces établissements seront nommément désignés pour l'utilisation limitée de ces techniques innovantes.

Mesure concernant la mise en place d'hébergements non médicalisés

L'article 59 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a créé un article L. 6111-1-6 dans le code de la santé publique, ouvrant la possibilité aux établissements de santé de mettre en place des hébergements non médicalisés, ces établissements pouvant déléguer la prestation à un tiers par voie de convention.

Les hôpitaux des armées, qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé, ne peuvent mettre en œuvre ce type d'hébergements, alors que les patients qu'ils prennent en charge ont également vocation à avoir recours à ce dispositif.

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

a) Mesure proposée

Mesure relative à la possibilité de réaliser des greffes exceptionnelles

Il est proposé de modifier les premier et troisième alinéas du I de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale afin de permettre aux hôpitaux des armées de réaliser des activités de greffes exceptionnelles, financées selon les mêmes modalités que pour les établissements de santé (financement forfaitaire par type de greffe et par établissement), mais selon des procédures prenant en compte les spécificités du service de santé des armées.

Mesure relative à la pratique des actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique

La mesure proposée vise à modifier le sixième alinéa de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique pour permettre aux hôpitaux des armées d'utiliser les dispositifs médicaux, médicaments, pratiques d'actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique limités au même titre que les établissements de santé, selon des procédures prenant en compte les spécificités du service de santé des armées.

Mesure concernant la mise en place d'hébergements non médicalisés

La mesure proposée vise à modifier le I de l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, relatif notamment aux hôpitaux des armées, pour qu'ils puissent mettre en place des hébergements non médicalisés en amont ou en aval d'un séjour hospitalier, au même titre que les établissements de santé.

b) Autres options possibles

Les hôpitaux des armées ne sont pas juridiquement des établissements de santé. Les possibilités de prise en charge des patients ne leur étant pas aujourd'hui applicables ont été ouvertes au seul profit des établissements de santé par

des lois de financement de la sécurité sociale antérieures. Dans ces conditions, seule une modification de la base législative peut leur permettre de réaliser les mêmes activités que les établissements de santé, afin de permettre à tous les patients de disposer de la même qualité de prise en charge.

Aucune autre option possible n'a été identifiée.

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

Mesure relative à la possibilité de réaliser des greffes exceptionnelles

La modification de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale dans une loi de financement de la sécurité sociale se justifie car les greffes exceptionnelles sont financées par un forfait pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Les greffes exceptionnelles disposent d'un cadre juridique et financier *ad hoc* créé par la LFSS pour 2017.

Mesure relative à la pratique des actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique

La modification de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique dans une loi de financement de la sécurité sociale se justifie par la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de ces dispositifs médicaux, médicaments, pratiques d'actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique dès lors que les conditions fixées par la réglementation sont remplies.

Par ailleurs, la dernière modification de cet article a été réalisée par la LFSS pour 2019.

Mesure concernant la mise en place d'hébergements non médicalisés

La modification de l'article L. 6147-7 du code de la santé publique dans une loi de financement de la sécurité sociale se justifie par le fait que les hôpitaux des armées bénéficieront d'un financement de ce dispositif par les organismes d'assurance maladie comparable à celui mis en place pour les établissements de santé.

Par ailleurs, l'article L. 6111-1-6 a été créé par la LFSS pour 2021.

L'impact financier de ces trois mesures justifie donc leur place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les mesures modifient l'article L.162-30-5 du code de la sécurité sociale et les articles L.1151-1 et L6147-7 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

En l'absence d'hôpital des armées dans les collectivités d'outre mer, la mesure ne sera pas de fait appliquée en outre mer.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier correspond principalement à l'impact lié à la prise en charge des actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique auquel s'ajoutent les montants moins significatifs mais réels liés aux deux autres mesures.

Mesure relative à la pratique des actes entrant dans le domaine de l'innovation thérapeutique

Dans le cadre de cette mesure, le service de santé des armées n'a identifié pour ses hôpitaux que le traitement par CAR-T cells. Concernant son montant, compte tenu des données des laboratoires disposant d'une AMM pour ce traitement, le service de santé des armées retient un montant de 327 000 euros par patient.

Avec un nombre de patients potentiellement concernés estimé entre 7 (en 2022) et 13 (en 2025), l'impact financier serait entre 2 289 000 € et 4 251 000 €.

Mesure relative à la possibilité de réaliser des greffes exceptionnelles

Le service de santé des armées estime à une ou deux greffes exceptionnelles réalisées par an au sein de ses hôpitaux des armées. Concernant le montant de ces greffes, compte tenu des données concernant les établissements de santé, le service de santé des armées retient un montant de 150 000 euros environ chacune.

Il est cependant à noter que les patients ayant vocation à bénéficier de ces greffes n'augmenteront pas au niveau national mais que les greffes elles-mêmes ne seront plus seulement réalisées en hôpital civil, mais également en hôpital militaire.

Si le nombre de greffes exceptionnelles ne devrait pas être modifié du fait de l'ouverture de cette possibilité aux hôpitaux des armées, la réalisation d'une prise en charge complète en hôpital militaire pour les patients militaires concernés par ces greffes exceptionnelles entraînera une économie pour la sécurité sociale, liée à la prise en charge par le budget de la défense de certains frais (en amont et en aval du séjour pour une telle greffe) liés aux soins des militaires : transports par moyens militaires entre le domicile du militaire et l'hôpital militaire, absence de facturation des consultations des militaires en hôpital militaire.

Mesure concernant la mise en place d'hébergements non médicalisés

Le développement des prises en charge ambulatoire est un axe fort de la politique hospitalière et l'hébergement non médicalisé un outil majeur pour poursuivre la dynamique de cette activité. Si cette offre n'est pas encore proposée en routine par les hôpitaux des armées, une réflexion en ce sens est menée.

Dans le cadre de cette mesure, le service de santé des armées prévoit quelques centaines de nuitées pour l'année 2022, correspondant à une expérimentation menée dans deux de ses hôpitaux des armées. Cela représente un montant de quelques dizaines de milliers d'euros.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)
	Coût ou moindre recette (signe -)

	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		-2,3	-3	-3,7	-4,3
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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

Cette mesure aura un effet positif sur la prise en charge des patients accueillis dans les hôpitaux des armées et sur la qualité de leur parcours de soins.

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

Sans objet.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Arrêtés interministériels fixant la liste des hôpitaux des armées pouvant réaliser des greffes exceptionnelles (après avis du comité national ad hoc), utiliser des médicaments ou réaliser des actes entrant dans le cadre de l'innovation thérapeutique.

Modification du décret et de l'arrêté relatifs aux hébergements temporaires non médicalisés (publication fin août) afin que les hôpitaux des armées intègrent le dispositif.

Délai probable de deux à trois mois, en fonction des dates de réunion du comité chargé de se prononcer sur la réalisation des greffes exceptionnelles.

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 L162-30-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L162-30-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Par dérogation aux articles L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé peut, après avis conforme d'un comité national constitué à cet effet, autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés.</p> <p>La durée de cette autorisation ne peut être supérieure à cinq ans.</p> <p>En cas de manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.</p> <p>Les conditions et modalités d'autorisations ainsi que les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité mentionné au premier alinéa du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-La prise en charge relevant d'une activité mentionnée au I est assurée par un forfait qui inclut notamment la prise en charge des frais d'hospitalisation, des produits de santé ou des prestations associés. Les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.</p> <p>A cet effet, il peut être dérogé aux dispositions du présent chapitre.</p> <p>Le périmètre, le montant par catégorie de greffe, la durée de prise en charge, les conditions particulières associées ainsi que les modalités d'allocation du forfait sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14, ce forfait est intégralement pris en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie.</p>	<p>I.-Par dérogation aux articles L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé peut, après avis conforme d'un comité national constitué à cet effet, autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés. Un hôpital des armées peut, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis conforme du même comité, être autorisé à pratiquer ces mêmes activités.</p> <p>La durée de cette autorisation ne peut être supérieure à cinq ans.</p> <p>En cas de manquement d'un établissement de santé aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.</p> <p>Les conditions et modalités d'autorisations ainsi que les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité mentionné au premier alinéa du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-La prise en charge relevant d'une activité mentionnée au I est assurée par un forfait qui inclut notamment la prise en charge des frais d'hospitalisation, des produits de santé ou des prestations associés. Les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.</p> <p>A cet effet, il peut être dérogé aux dispositions du présent chapitre.</p> <p>Le périmètre, le montant par catégorie de greffe, la durée de prise en charge, les conditions particulières associées ainsi que les modalités d'allocation du forfait sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14, ce forfait est intégralement pris en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie.</p>
Article L1151-1 actuel du code de la santé publique	Article L1151-1 modifié du code de la santé publique
<p>La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux et l'utilisation de médicaments nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées peuvent être soumises à des règles relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la formation et la qualification des professionnels pouvant les prescrire ou les mettre en œuvre conformément au code de déontologie médicale ; - aux conditions techniques de leur réalisation. 	<p>La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux et l'utilisation de médicaments nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées peuvent être soumises à des règles relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la formation et la qualification des professionnels pouvant les prescrire ou les mettre en œuvre conformément au code de déontologie médicale ; - aux conditions techniques de leur réalisation.

<p>Elles peuvent également être soumises à des règles de bonne pratique.</p> <p>Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.</p> <p>L'utilisation de ces dispositifs médicaux, de ces médicaments et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis de la Haute Autorité de santé, la liste de ces établissements ou précisent les critères au vu desquels les agences régionales de santé fixent cette liste.</p> <p>Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches impliquant la personne humaine définies au titre II du présent livre et de celles relatives aux autorisations, aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II, III et IV du titre II du livre Ier de la sixième partie.</p>	<p>Elles peuvent également être soumises à des règles de bonne pratique.</p> <p>Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.</p> <p>L'utilisation de ces dispositifs médicaux, de ces médicaments et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé ou hôpitaux des armées. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, conjointement avec le ministre de la défense en ce qui concerne les hôpitaux des armées, arrêtent, après avis de la Haute Autorité de santé, la liste de ces établissements ou hôpitaux ou précisent les critères au vu desquels les agences régionales de santé fixent cette liste la liste de ces établissements.</p> <p>Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches impliquant la personne humaine définies au titre II du présent livre et de celles relatives aux autorisations, aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II, III et IV du titre II du livre Ier de la sixième partie.</p>
<p align="center">Article L6147-7 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L6147-7 modifié du code de la santé publique</p>
<p>I. - Les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense, dans le respect de leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées assurée avec les autres éléments du service de santé des armées, assurent le service public hospitalier dans les conditions définies par les articles L. 6112-1 et L6112-2, par le protocole prévu à l'article L. 6147-11 et les contrats spécifiques mentionnés à l'article L. 6147-12. Ils dispensent des soins remboursables aux assurés sociaux dans les conditions fixées à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II. - Le ministre de la défense et le ministre chargé de la santé arrêtent conjointement, après avis des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées, tous les cinq ans, la liste des hôpitaux des armées qui peuvent, à ce titre, dispenser les soins définis à l'article L. 6111-1 à toute personne requérant leurs services.</p> <p>Cette liste précise, pour chacun de ces hôpitaux, les installations, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, ainsi que les activités de soins, qu'il met en œuvre, en distinguant, dans le respect de la liste mentionnée à l'article L 6122-1 :</p> <p>1° Les activités et équipements nécessaires au soutien sanitaire des forces armées ;</p> <p>2° Les activités et équipements répondant principalement aux besoins de santé du territoire.</p> <p>Le même arrêté interministériel fixe, dans les mêmes conditions, la liste des laboratoires de biologie médicale relevant de l'autorité du ministre de la défense qui peuvent réaliser des prestations remboursables au bénéfice des assurés sociaux selon les modalités fixées à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.</p> <p>III. - Ces hôpitaux doivent répondre aux conditions techniques de fonctionnement mentionnées à l'article L. 6122-2.</p>	<p>I. - Les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense, dans le respect de leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées assurée avec les autres éléments du service de santé des armées, assurent le service public hospitalier dans les conditions définies par les articles L. 6112-1 et L6112-2, par le protocole prévu à l'article L. 6147-11 et les contrats spécifiques mentionnés à l'article L. 6147-12. Ils dispensent des soins remboursables aux assurés sociaux dans les conditions fixées à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 6111-1-6 sont applicables aux hôpitaux des armées.</p> <p>II. - Le ministre de la défense et le ministre chargé de la santé arrêtent conjointement, après avis des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées, tous les cinq ans, la liste des hôpitaux des armées qui peuvent, à ce titre, dispenser les soins définis à l'article L. 6111-1 à toute personne requérant leurs services.</p> <p>Cette liste précise, pour chacun de ces hôpitaux, les installations, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, ainsi que les activités de soins, qu'il met en œuvre, en distinguant, dans le respect de la liste mentionnée à l'article L 6122-1 :</p> <p>1° Les activités et équipements nécessaires au soutien sanitaire des forces armées ;</p> <p>2° Les activités et équipements répondant principalement aux besoins de santé du territoire.</p> <p>Le même arrêté interministériel fixe, dans les mêmes conditions, la liste des laboratoires de biologie médicale relevant de l'autorité du ministre de la défense qui peuvent réaliser des prestations remboursables au bénéfice des assurés sociaux selon les modalités fixées à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.</p> <p>III. - Ces hôpitaux doivent répondre aux conditions techniques de fonctionnement mentionnées à l'article L. 6122-2.</p>

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de légiférer

Par décision en date du 04 juin 2021, le Conseil constitutionnel a déclaré contraires à la Constitution les troisième et sixième alinéas du paragraphe II de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) dans leur rédaction résultant de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.. Le Conseil constitutionnel a reporté la date de l'abrogation de ces alinéas au 31 décembre 2021.

Le troisième alinéa du II, objet de la censure, prévoit que le médecin peut renouveler, à titre exceptionnel, les mesures d'isolement ou de contention au-delà des durées totales respectives de quarante-huit heures et de vingt-quatre heures. Le médecin en informe sans délai le juge des libertés et de la détention (JLD), qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que le patient et les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12. Le sixième alinéa énonce que cette information est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.

Le Conseil constitutionnel, qui rappelle que la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible, estime qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention au-delà d'une certaine durée à l'intervention systématique du juge judiciaire, conformément aux exigences de l'article 66 de la Constitution.

Il revient donc au législateur de prévoir une intervention systématique du juge judiciaire en cas de maintien de ces mesures au-delà d'une certaine durée.

2. Présentation des options écartées et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Afin de tirer les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel, il est proposé une nouvelle rédaction de l'article L. 3222-5-1 du CSP.

Le paragraphe I prévoit les conditions dans lesquelles les mesures d'isolement et de contention peuvent être prises et renouvelées dans la limite des durées totales respectives de quarante-huit heures et de vingt-quatre heures.

Le paragraphe II prévoit les conditions dans lesquelles ces mesures peuvent se poursuivre au-delà de ces durées totales.

En cas de renouvellement des mesures d'isolement et de contention au-delà des durées respectives de quarante-huit heures et de vingt-quatre heures, le directeur de l'établissement en informe sans délai le juge des libertés et de la détention (JLD), qui peut se saisir d'office pour mettre fin à ces mesures. Les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 en sont également informées, dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

Si le médecin souhaite poursuivre les mesures au-delà des durées respectives de quatre-vingt-seize heures et de soixante-douze heures, le directeur de l'établissement doit saisir le JLD avant l'expiration des durées respectives de soixante-douze heures et de quarante-huit heures. Le JLD autorise le maintien de ces mesures si les conditions prévues au I sont réunies. A défaut, il en ordonne la mainlevée.

Dans le cas où le juge autorise le médecin à maintenir la mesure, celui-ci peut la renouveler dans les conditions prévues au I. et aux alinéas qui précèdent. Toutefois, si le renouvellement est encore nécessaire après deux décisions de maintien du juge des libertés et de la détention, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la précédente décision rendue. Il statue avant l'expiration de ce délai [de sept jours]. Il peut être ressaisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque délai de sept jours. Il statue dans les mêmes conditions.

Ces dispositions permettent d'appréhender la situation des patients dont la situation médicale exige qu'ils soient maintenus en isolement ou en contention de manière prolongée.

Dans tous les cas, il appartient au médecin de déterminer la durée de la nouvelle mesure prise. Il peut également ne pas reprendre de mesure et/ou la lever à tout moment.

Pour l'application de ces dispositions, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention.

En cas de mainlevée de la mesure par le juge des libertés et de la détention, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration du délai de quarante-huit heures, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient, [notamment en cas d'aggravation de son état clinique], qui rendent impossible d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui.

Les dispositions proposées prennent également en compte l'hypothèse de mesures courtes, répétées mais discontinues afin d'éviter un éventuel risque de contournement de la saisine du JLD. En effet, le dispositif proposé prévoit une information systématique et une saisine systématique du juge des libertés et de la détention non seulement en cas de renouvellement de ces mesures au-delà d'une certaine durée mais aussi lorsque plusieurs mesures d'isolement ou de contention sont prises dans un délai rapproché et/ou sur une période de temps assez courte (15 jours).

L'article L. 3211-12, relatif à la saisine du JLD aux fins de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention, est également modifié afin de prévoir que le JLD qui est saisi aux fins de mainlevée de ces mesures statue dans un délai de

vingt-quatre heures à compter de sa saisine. Le patient et les tiers peuvent saisir à tout moment le JLD aux fins de mainlevée de celles-ci.

Le dispositif retenu prévoit ainsi une intervention systématique du JLD en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée. Il répond aux exigences du Conseil constitutionnel.

Pour permettre une adaptation des évaluations du patient placé en isolement et/ou sous contention aux spécificités de chaque maladie et aux modalités d'organisation des services dans les établissements de santé, les durées initiales des mesures d'isolement et de contention prévues à l'article L.3222-5-1 du Code de la Santé Publique sont conservées mais le cadencement des évaluations lors du renouvellement des mesures est remplacé par une obligation de deux évaluations par vingt-quatre heures pour les mesures d'isolement et deux évaluations par douze-heures pour les mesures de contention.

Par ailleurs, la modification des articles L.3844-1 et L.3844-2 du Code de la santé publique vise à rendre applicable l'article L.3222-5-1 dans sa version issue du PLFSS 2022 en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

b) Autres options possibles

Les options écartées sont les suivantes :

- Fixer des limites strictes aux mesures d'isolement et de contention, sans possibilité de maintien au-delà de ces durées : cette option n'a pas été retenue car elle est apparue incompatible avec la situation médicale de certains patients qui doivent être maintenus en isolement ou en contention au-delà de ces bornes temporelles ;
- Prévoir que le JLD détermine la durée de la nouvelle mesure d'isolement ou de contention qui est prise en accordant un crédit d'heures : cette option n'a pas été retenue car elle apparaît incompatible avec l'office du juge.
- Prévoir un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'isolement et de contention dès lors que les durées totales maximales des mesures fixées dans le premier alinéa ont été atteintes : cette option a été écartée car elle ne semble pas compatible avec le fonctionnement des juridictions.

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

Cette mesure a des conséquences sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Aucune consultation préalable à la saisine du Conseil d'Etat n'a été effectuée.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

Ces dispositions s'inscrivent en pleine conformité avec le droit européen tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE et de la CEDH. En matière de soins sans consentement en particulier, la CEDH a jugé que le patient doit disposer d'un recours effectif lui permettant d'obtenir la mainlevée de la mesure d'hospitalisation d'office dont il fait l'objet (CEDH 18 nov. 2010, *Baudouin c. France*, req. n°35935/03).

Ces dispositions sont en droite ligne avec la dynamique actuelle au niveau international, marquée par la promotion de la Convention des Nations Unies relative aux Droits des personnes handicapées (CIDPH), les Résolutions sur les Droits

en Santé mentale émises par le Conseil des Droits de l'Homme des Nations Unies (Résolutions 32/18 du 1er juillet 2016, 36/13 du 28 septembre 2017 et projet de résolution 43/L.19), le protocole additionnel à la Convention d'Oviedo relatif à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes à l'égard du placement et du traitement involontaires au sein des services de soins de santé mentale, les engagements de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les droits et les alternatives aux pratiques d'isolement et de contention (programme QualityRights), les déclarations de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Tlatleng Mofokeng), du Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (Gerard Quinn) et du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Nils Melzer).

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 3222-5-1, L. 3211-12, L. 3211-12-2 et L. 3211-12-4, L. 3844-1 et L. 3844-2 du CSP sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition du CSP n'est abrogée.

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

Les dispositions envisagées s'appliquent dans les collectivités régies par le principe d'identité législative (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte), à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, en Polynésie française et Nouvelle-Calédonie.

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)	La modification des articles L.3844-1 et L.3844-2 vise à rendre applicable la modification de l'article L.3222-5-1 du CSP en Polynésie française et en Nouvelle Calédonie Les TAAF et Wallis-et-Futuna n'ont pas d'offre de soins psychiatriques sans consentement.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en œuvre du nouvel article L. 3222-5-1 nécessite des adaptations et des réorganisations rapides et en profondeur des établissements de santé autorisés en psychiatrie et autorisés pour recevoir des patients en soins sans consentement. Des mesures d'accompagnement doivent être mises en œuvre dans des délais très courts afin que les établissements de santé soient en mesure de mettre en œuvre la loi au 1^{er} janvier 2022. Ce plan d'accompagnement doit intégrer des mesures de formation, la mise en place d'équipes d'appui intra-hospitalières de prévention de crise, des recrutements d'effectifs IDE, une amélioration des SI dédiés pour assurer le suivi et le contrôle des mesures d'isolement et de contention dans les établissements et le développement des alternatives à l'isolement et à la contention, notamment l'aménagement de salons d'apaisement.

Les mesures d'accompagnement sont estimées à 15M€ pour 2022 à inscrire en crédits pérennes pour couvrir :

- le renforcement des équipes soignantes des unités de soins sans consentement en recrutant des IDE supplémentaires,
- la mise en place de binômes médecin/ infirmier « référents isolement/contention »,
- la formation continue destinée au personnel des établissements désignés à recevoir des patients en soins sans consentement (droits des patients, gestion de la violence, renforcement des compétences...),
- le renforcement du système d'information pour améliorer le suivi des mesures d'isolement et de contention,
- le développement d'alternatives à l'isolement et à la contention, notamment l'aménagement de salons d'apaisement.

Ce plan d'accompagnement devra intégrer des mesures de restructurations immobilières, en lien avec les travaux sur la réforme des autorisations et la mesure Investissements pour la psychiatrie du Ségur de la Santé.

La modification de l'article L.3222-5-1 du CSP en 2020 a été accompagnée d'une délégation de crédits à hauteur de 35M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre	- 15	- 15	- 15	- 15	- 15
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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 modification de l'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique permet une amélioration majeure de la protection des droits des patients en introduisant un contrôle systématique des mesures d'isolement et de contention par le juge judiciaire. Elle vise également à améliorer la qualité des prises en charge des patients en soins sans consentement en encourageant la recherche d'alternatives à l'isolement et à la contention.

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

La mesure exige une réorganisation des établissements de santé autorisés pour accueillir des patients en soins sans consentement. Les équipes devront être formées et réorganisées pour respecter les durées des mesures et les droits des patients. Les systèmes d'information doivent être mis à jour pour décompter les durées des mesures et permettre le

respect des obligations en termes d'évaluation clinique du patient placé en isolement ou sous contention et d'information et de saisine du juge judiciaire

Ces dispositions ont également un fort impact sur les juridictions et le nombre de saisines du JLD. Le JLD devient en effet compétent pour autoriser le maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà des durées maximales respectives de 72 heures et 48 heures. Il convient en outre d'anticiper une augmentation de sa charge de travail lors de son activité de contrôle des soins sans consentement puisque ce contrôle inclura celui des mesures d'isolement et de contention éventuellement prises. Le JLD pourra en outre être saisi aux fins de mainlevée des mesures d'isolement et de contention à tout moment, par le patient ou l'une des personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 du CSP.

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

- Impact sur les établissements de santé :

La présente mesure nécessite une réorganisation des établissements autorisés pour les soins sans consentement et une augmentation des ETP dans les services accueillant les soins sans consentement. Des actions de formation du personnel, l'adaptation des systèmes d'information et l'aménagement des locaux seront également nécessaires.

Le budget des adaptations liées à la mesure est estimé à 15M€.

- Impact sur les services judiciaires :

I – Au plan RH :

La mise en œuvre du texte engendre un certain nombre de charges nouvelles sur les personnels des services judiciaires susceptibles de se traduire au niveau national par les besoins globaux suivants :

- S'agissant des magistrats : un besoin de 19,2 ETP de juges des libertés et de la détention.
- S'agissant des fonctionnaires : un besoin de 17,8 ETP de fonctionnaires de greffe.

Sur la base des données produites par le Ministère des Solidarités et de la Santé, une cartographie du besoin – juridiction par juridiction – a par ailleurs été établie.

Il en résulte que trois tribunaux judiciaires (Lyon, Paris et Bobigny) présentent un besoin avoisinant (voire supérieur) 1ETP de JLD et 1ETP de greffe.

Le besoin des autres juridictions est essentiellement constitué de rompus d'ETP, oscillant pour 28 d'entre elles entre 0,20 et 0,80 ETP de JLD et de fonctionnaire.

Pour les autres (soit 137 tribunaux judiciaires), le besoin inférieur à 0,20 ETP de JLD et de greffe doit être considéré comme résiduel.

Il sera tenu compte de cette évaluation dans le cadre des dialogues de gestion et des prochains mouvements de magistrats et de fonctionnaires au sein des juridictions afin de tenir compte de ces charges nouvelles et d'affecter les emplois nécessaires au sein des juridictions.

II – Au plan budgétaire :

Au plan budgétaire, dans un contexte plus global d'élargissement des missions des JLD, il est prévu d'indemniser les astreintes effectuées dans le cadre de cette réforme. Sur la base du dispositif d'indemnisation des astreintes sans déplacement des magistrats du parquet, il est envisagé d'allouer aux JLD une indemnité de 20 € pour les astreintes de week-end et jours fériés, en cas d'intervention sans déplacement en matière de contention et d'isolement. L'impact budgétaire est de l'ordre de 221 000 € (2 JLD pour les TJ du G1 et 1 JLD pour les autres).

Nombre de jours (week-end et jours fériés)	Nombre de TJ	Nombre de JLD appelés à effectuer une astreinte (WE ou jours fériés)	Montant indemnité	Total
63	164	176	20	221 760
		2 JLD POUR TJ G1		

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

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

Un décret en Conseil d'Etat doit être publié conformément aux articles L. 3222-5-1, L. 3211-12-2 et L. 3211-12-4 modifiés du code de la santé publique. Ce décret sera publié avant le 31 décembre 2021.

La modification de l'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique sera accompagnée par une instruction de la DGOS en avril-mai 2022 destinée à faciliter la mise en place de la réforme dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Cette instruction sera concertée avec les acteurs de la psychiatrie (fédérations, conférences, associations représentant des usagers, des familles...), les ARS, la Commission nationale de la psychiatrie....

- 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**
- d) Suivi de la mise en œuvre**

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique	Article L. 3222-5-1 nouveau du CSP
<p>I.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.</p> <p>II.-La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.</p> <p>La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.</p> <p><i>[Dispositions censurées par la décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021 du Conseil constitutionnel, à compter du 31 décembre 2021]</i></p> <p>A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.</p>	<p>I.- L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.</p> <p>II.-La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités prévues au premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.</p> <p>La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités prévues au premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures et fait l'objet de deux évaluations par douze heures.</p> <p>A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.</p> <p>II. – A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Ce dernier peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le</p>

<p>Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables</p> <p>Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.</p> <p><i>[Dispositions censurées par la décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021 du Conseil constitutionnel, à compter du 31 décembre 2021]</i> L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-</p>	<p>médecin en informe également les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12, dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.</p> <p>« Le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées.</p> <p>« Le juge statue dans les vingt-quatre heures qui suivent l'expiration des durées prévues à l'alinéa qui précède.</p> <p>« Si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossible d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe alors sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.</p> <p>« Si les conditions prévues au I sont toujours réunies, le juge autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Dans ce cas, le médecin peut la renouveler dans les conditions prévues au I et aux deux premiers alinéas du présent II. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin en informe les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12, dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le juge statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Le cas échéant, il est saisi de nouveau au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions. Le médecin réitère l'information susmentionnée lors de chaque saisine du juge.</p> <p>Pour l'application des deux premiers alinéas du présent II, lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de quarante-huit heures après qu'une précédente mesure d'isolement ou de contention a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent.</p> <p>Les deux premiers alinéas du présent II s'appliquent également lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.</p> <p>Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.</p>
---	---

<p>huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.</p> <p>n décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.</p> <p>III.-Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.</p> <p>L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.</p>	<p>III.- Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.</p> <p>L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.</p>
<p>Article L. 3211-12 actuel du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 3211-12 nouveau du code de la santé publique</p>
<p>I.-Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.</p> <p>Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1.</p> <p>La saisine peut être formée par :</p>	<p>I.- Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.</p> <p>Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1. Dans ce cas, il statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine.</p> <p>La saisine peut être formée par :</p>

<p>1° La personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;</p> <p>3° La personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;</p> <p>5° La personne qui a formulé la demande de soins ;</p> <p>6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>7° Le procureur de la République.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une mesure mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention.</p> <p>II.-Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.</p> <p>Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.</p> <p>Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.</p> <p>III.-Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, d'isolement ou de contention.</p> <p>Lorsqu'il ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à</p>	<p>1° La personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;</p> <p>3° La personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;</p> <p>5° La personne qui a formulé la demande de soins ;</p> <p>6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>7° Le procureur de la République.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une mesure mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention.</p> <p>II.- Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.</p> <p>Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.</p> <p>Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.</p> <p>III.- Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, d'isolement ou de contention.</p> <p>Lorsqu'il ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à</p>
---	---

l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.	l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.
Article L. 3211-12-2 actuel du code de la santé publique	Article L. 3211-12-2 modifié du code de la santé publique
<p>I.-Lorsqu'il est saisi en application des <u>articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1</u>, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.</p> <p>A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat dans les conditions prévues au présent alinéa.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal judiciaire, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal judiciaire. En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine.</p> <p>II.-Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I, le président du tribunal judiciaire peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal judiciaire.</p> <p>III.-Par dérogation au I du présent article, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de</p>	<p>I.- Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.</p> <p>A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat dans les conditions prévues au présent alinéa.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal judiciaire, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal judiciaire. En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine.</p> <p>II.- Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I, le président du tribunal judiciaire peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal judiciaire.</p> <p>III.- Par dérogation au I du présent article, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de</p>

<p>mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.</p> <p>Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.</p> <p>L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.</p> <p>Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des I et II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel.</p>	<p>mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, ou qui a été saisi aux fins de prolongation de celle-ci statue sans audience selon une procédure écrite.</p> <p>Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.</p> <p>L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.</p> <p>Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, la procédure devient orale et il est fait application des I et II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L. 3211-12-4 actuel du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 3211-12-4 modifié du code de la santé publique</p>
<p>L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des <u>articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1</u> est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Le débat est tenu selon les modalités prévues à l'<u>article L. 3211-12-2</u>, à l'exception du dernier alinéa du I.</p>	<p>L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3222-5-1, L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué.</p> <p>Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur une mesure de soins psychiatriques sans consentement prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, le débat est tenu selon les modalités prévues à l'article L. 3211-12-2, à l'exception du dernier alinéa du I.</p>

<p>Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>L'appel formé à l'encontre de l'ordonnance mentionnée au premier alinéa n'est pas suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue alors à bref délai dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Lorsque l'ordonnance mentionnée au même premier alinéa a été prise en application de l'article L. 3211-12-1, un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience.</p> <p>Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond, sauf s'il est mis fin à l'hospitalisation complète en application des chapitres II ou III du présent titre.</p> <p>Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel. Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, il peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un délai de quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.</p>	<p>Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>L'appel formé à l'encontre de l'ordonnance mentionnée au premier alinéa n'est pas suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue alors à bref délai dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Lorsque l'ordonnance mentionnée au même premier alinéa a été prise en application de l'article L. 3211-12-1, un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience.</p> <p>Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond, sauf s'il est mis fin à l'hospitalisation complète en application des chapitres II ou III du présent titre.</p> <p>Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel. Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, il peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un délai de quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.</p>
<p>Article L. 3844-1 actuel du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 3844-1 modifié du code de la santé publique</p>
<p>I. – Le titre Ier du livre II de la présente partie est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations prévues au II.</p>	<p>I. – Le titre Ier du livre II de la présente partie est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations prévues au II.</p>

Les articles L. 3211-11-1, L. 3211-2-3, L. 3211-12-1, L. 3211-12-2, L. 3211-12-7, L. 3212-5, L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3214-1, L. 3215-1 et L. 3215-2 sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans leur rédaction résultant de la loi n° 2021-998 du 30 juillet 2021 relative à la prévention d'actes de terrorisme et au renseignement, et sous réserve des adaptations prévues au II.

II. – Pour l'application du titre Ier du livre II de la présente partie en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :

1° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République ;

2° Les références au tribunal de grande instance sont remplacées par la référence au tribunal de première instance ;

3° Au second alinéa de l'article L. 3211-1, les mots : " publique ou privée, " et les mots : " tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence " sont supprimés ;

4° Aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1, les mots : " mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code " et les mots : " mentionné au même article L. 3222-1 " sont respectivement remplacés par les mots : " habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement " ;

4° bis A la première phrase de l'article L. 3211-2-3, les mots : " , selon des modalités prévues par convention " sont supprimés ;

5° Le 1° de l'article L. 3211-3 est ainsi modifié :

a) Pour son application en Polynésie française, les mots : " les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 " sont remplacés par les mots : " le représentant de l'Etat, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de la Polynésie française, le vice-président du gouvernement, le ministre chargé de la santé et le maire de la commune " ;

b) Pour son application en Nouvelle-Calédonie, les mots : " les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 " sont remplacés par les mots : " le représentant de l'Etat, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de Nouvelle-Calédonie, le vice-président du gouvernement, le membre du gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de l'administration hospitalière et le maire de la commune " ;

6° Au 2° du même article L. 3211-3, les mots : " et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 " sont supprimés ;

7° A la seconde phrase du premier alinéa du II de l'article L. 3211-2-1, au dernier alinéa de l'article L. 3211-9, à la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 3211-12, à la première phrase du dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12-1, à l'article L. 3211-13, au deuxième alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1, à l'article L. 3212-12, à l'article L. 3213-11, à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 3214-2 et à l'article L. 3214-5, les mots : " en Conseil d'Etat " sont supprimés ;

Les articles L. 3211-11-1, L. 3211-2-3, L. 3211-12-1, L. 3211-12-2, L. 3211-12-7, L. 3212-5, L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3214-1, L. 3215-1 et L. 3215-2 sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans leur rédaction résultant de la loi n° 2021-998 du 30 juillet 2021 relative à la prévention d'actes de terrorisme et au renseignement, et sous réserve des adaptations prévues au II.

Les articles L.3211-12, L.3211-12-2 et L.3211-12-4 sont applicables en Nouvelle Calédonie et en Polynésie française dans leur rédaction résultant de la loi n° 2021-XX du XX.

II. – Pour l'application du titre Ier du livre II de la présente partie en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :

1° La référence au représentant de l'Etat dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République ;

2° Les références au tribunal de grande instance sont remplacées par la référence au tribunal de première instance ;

3° Au second alinéa de l'article L. 3211-1, les mots : " publique ou privée, " et les mots : " tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence " sont supprimés ;

4° Aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1, les mots : " mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code " et les mots : " mentionné au même article L. 3222-1 " sont respectivement remplacés par les mots : " habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement " ;

4° bis A la première phrase de l'article L. 3211-2-3, les mots : " , selon des modalités prévues par convention " sont supprimés ;

5° Le 1° de l'article L. 3211-3 est ainsi modifié :

a) Pour son application en Polynésie française, les mots : " les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 " sont remplacés par les mots : " le représentant de l'Etat, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de la Polynésie française, le vice-président du gouvernement, le ministre chargé de la santé et le maire de la commune " ;

b) Pour son application en Nouvelle-Calédonie, les mots : " les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 " sont remplacés par les mots : " le représentant de l'Etat, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de Nouvelle-Calédonie, le vice-président du gouvernement, le membre du gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de l'administration hospitalière et le maire de la commune " ;

6° Au 2° du même article L. 3211-3, les mots : " et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 " sont supprimés ;

7° A la seconde phrase du premier alinéa du II de l'article L. 3211-2-1, au dernier alinéa de l'article L. 3211-9, à la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 3211-12, à la première phrase du dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12-1, à l'article L. 3211-13, au deuxième alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1, à l'article L. 3212-12, à l'article L. 3213-11, à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 3214-2 et à l'article L. 3214-5, les mots : " en Conseil d'Etat " sont supprimés ;

8° Au troisième alinéa de l'article L. 3211-12-2, les mots : " l'agence régionale de santé " sont remplacés par les mots : " les autorités locales compétentes " ;

<p>8° Au troisième alinéa de l'article L. 3211-12-2, les mots : " l'agence régionale de santé " sont remplacés par les mots : " les autorités locales compétentes " ;</p> <p>9° Au premier alinéa du I et à la dernière phrase du dernier alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1, les mots : " mentionné à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>10° A la première phrase du I de l'article L. 3212-5, au dernier alinéa de l'article L. 3212-7, au 1° de l'article L. 3212-9, au II de l'article L. 3213-3, au troisième alinéa de l'article L. 3213-4 et au 3° de l'article L. 3213-9, les mots : " commission départementale des soins psychiatriques " sont remplacés par le mot : " commission " ;</p> <p>11° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3212-11, les mots : " en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 " sont remplacés par les mots : " conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>12° Le I de l'article L. 3213-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) A l'avant-dernière phrase du premier alinéa, les mots : " arrêtés préfectoraux " sont remplacés par les mots : " arrêtés du haut-commissaire de la République " ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : " commission départementale des soins psychiatriques " sont remplacés par le mot : " commission " ;</p> <p>13° A la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3213-5-1, les mots : " , après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement " sont supprimés ;</p> <p>14° L'article L. 3214-1 est ainsi rédigé :</p> <p>" Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une structure adaptée.</p> <p>" II. – Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du II de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une structure adaptée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.</p> <p>" III. – Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement de santé en dehors des unités prévues aux I et II du présent article.</p> <p>"</p> <p>15° L'article L. 3214-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : " le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu " sont remplacés par les mots : " le haut-commissaire de la République " ;</p> <p>b) A la première phrase du dernier alinéa, les mots : " arrêtés préfectoraux " sont remplacés par les mots : " arrêtés du haut-commissaire de la République " ;</p>	<p>9° Au premier alinéa du I et à la dernière phrase du dernier alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1, les mots : " mentionné à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>10° A la première phrase du I de l'article L. 3212-5, au dernier alinéa de l'article L. 3212-7, au 1° de l'article L. 3212-9, au II de l'article L. 3213-3, au troisième alinéa de l'article L. 3213-4 et au 3° de l'article L. 3213-9, les mots : " commission départementale des soins psychiatriques " sont remplacés par le mot : " commission " ;</p> <p>11° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3212-11, les mots : " en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 " sont remplacés par les mots : " conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>12° Le I de l'article L. 3213-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) A l'avant-dernière phrase du premier alinéa, les mots : " arrêtés préfectoraux " sont remplacés par les mots : " arrêtés du haut-commissaire de la République " ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : " commission départementale des soins psychiatriques " sont remplacés par le mot : " commission " ;</p> <p>13° A la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3213-5-1, les mots : " , après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement " sont supprimés ;</p> <p>14° L'article L. 3214-1 est ainsi rédigé :</p> <p>" Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une structure adaptée.</p> <p>" II. – Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du II de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une structure adaptée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.</p> <p>" III. – Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement de santé en dehors des unités prévues aux I et II du présent article.</p> <p>"</p> <p>15° L'article L. 3214-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : " le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu " sont remplacés par les mots : " le haut-commissaire de la République " ;</p> <p>b) A la première phrase du dernier alinéa, les mots : " arrêtés préfectoraux " sont remplacés par les mots : " arrêtés du haut-commissaire de la République " ;</p> <p>16° Les articles L. 3215-1, L. 3215-2 et L. 3215-4 sont ainsi modifiés :</p> <p>a) Après le mot : " amende ", sont insérés les mots : " , ou leur équivalent en monnaie locale " ;</p>
--	--

<p>16° Les articles <u>L. 3215-1</u>, L. 3215-2 et <u>L. 3215-4</u> sont ainsi modifiés :</p> <p>a) Après le mot : " amende ", sont insérés les mots : ", ou leur équivalent en monnaie locale " ;</p> <p>b) Les mots : " établissement mentionné à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement ".</p>	<p>b) Les mots : " établissement mentionné à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement ".</p>
<p align="center">Article L. 3844-2 actuel du code de la santé publique</p>	<p align="center">Article L. 3844-2 modifié du code de la santé publique</p>
<p>I. – Le chapitre II, à l'exception de l'article <u>L. 3222-1</u>, et le chapitre III du titre II du livre II de la présente partie sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations prévues au II.</p> <p>L'article <u>L. 3222-5-1</u> est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans sa version résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, et sous réserve des adaptations prévues au II.</p> <p>II. – Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :</p> <p>1° (Abrogé) ;</p> <p>2° L'article <u>L. 3222-2</u> est ainsi rédigé :</p> <p>" Art. L. 3222-2. – Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux tels que définis au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 est hospitalisée dans un établissement autre que ceux accueillant des malades atteints de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement, le directeur de l'établissement prend, dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2. " ;</p> <p>3° Le premier alinéa de l'article <u>L. 3222-4</u> est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : " mentionnés à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>b) Les mots : " le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué " sont remplacés par les mots : " le haut-commissaire de la</p>	<p>I. – Le chapitre II, à l'exception de l'article L. 3222-1, et le chapitre III du titre II du livre II de la présente partie sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations prévues au II.</p> <p>L'article L. 3222-5-1 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans sa version résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dans sa version résultant de la loi n° 2021-XX du XX, et sous réserve des adaptations prévues au II.</p> <p>II. – Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :</p> <p>1° (Abrogé) ;</p> <p>2° L'article L. 3222-2 est ainsi rédigé :</p> <p>" Art. L. 3222-2. – Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux tels que définis au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 est hospitalisée dans un établissement autre que ceux accueillant des malades atteints de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement, le directeur de l'établissement prend, dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2. " ;</p> <p>3° Le premier alinéa de l'article L. 3222-4 est ainsi modifié:</p> <p>a) Les mots : " mentionnés à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>b) Les mots : " le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué " sont remplacés par les mots : " le haut-commissaire de la République ou son représentant, le président du tribunal de première instance ou son délégué " ;</p>

<p>République ou son représentant, le président du tribunal de première instance ou son délégué " ;</p> <p>4° A l'article L. 3222-5, les mots : " dans chaque département, une commission départementale " sont remplacés par les mots : " une commission " ;</p> <p>5° L'article L. 3222-5-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au deuxième alinéa, les mots : " en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement " et les mots : " départementale des soins psychiatriques " sont remplacés par les mots : " mentionnée à l'article L. 3222-5 " ;</p> <p>b) La seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;</p> <p>6° A l'article L. 3222-6 et au premier alinéa du 3° et au 6° de l'article L. 3223-1, les mots : " en Conseil d'Etat " sont supprimés ;</p> <p>7° A l'intitulé du chapitre III, le mot : " départementale " est supprimé ;</p> <p>8° L'article L. 3223-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Aux 4° et 6°, les mots : " représentant de l'Etat dans le département " sont remplacés par les mots : " haut-commissaire de la République " ;</p> <p>b) Au 5°, les mots : " mentionnés à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>c) Au 7°, les mots : " tribunal de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ;</p>	<p>4° A l'article L. 3222-5, les mots : " dans chaque département, une commission départementale " sont remplacés par les mots : " une commission " ;</p> <p>5° L'article L. 3222-5-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa du III. , les mots : " en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement " et les mots : " départementale des soins psychiatriques " sont remplacés par les mots : " mentionnée à l'article L. 3222-5 " ;</p> <p>b) La seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;</p> <p>6° A l'article L. 3222-6 et au premier alinéa du 3° et au 6° de l'article L. 3223-1, les mots : " en Conseil d'Etat " sont supprimés ;</p> <p>7° A l'intitulé du chapitre III, le mot : " départementale " est supprimé ;</p> <p>8° L'article L. 3223-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Aux 4° et 6°, les mots : " représentant de l'Etat dans le département " sont remplacés par les mots : " haut-commissaire de la République " ;</p> <p>b) Au 5°, les mots : " mentionnés à l'article L. 3222-1 " sont remplacés par les mots : " habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement " ;</p> <p>c) Au 7°, les mots : " tribunal judiciaire de grande instance " sont remplacés par les mots : " tribunal de première instance " ;</p>
---	---

Article 29 – Revalorisations salariales dans le secteur médico-social

I. Présentation de la mesure

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

L'accord du Ségur de la santé du 13 juillet 2020 avait prévu d'instaurer un complément de traitement indiciaire à compter du 1er septembre 2020 au bénéfice des agents affectés dans les établissements publics de santé et les EHPAD. Il prévoyait également qu'un travail spécifique serait conduit sur la situation particulière des agents et salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ce travail a été mené par la mission conduite par Michel Laforcade et a abouti à la conclusion de trois accords signés avec les partenaires sociaux le 11 février 2021 puis le 28 mai 2021.

Le premier accord du 11 février 2021 prévoit une extension du CTI au 1^{er} juin 2021 à tous les agents des établissements sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé ou à un EHPAD public.

Deux accords signés le 28 mai 2021 étendent le bénéfice du CTI à de nouveaux établissements pour les professionnels de santé non médicaux au sens du code de la santé publique, les cadres de santé, et les aides médico-psychologiques (AMP), les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et les auxiliaires de vie.

Un protocole signé par l'État et les partenaires sociaux porte sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics non rattachés à un établissement de santé ou un EHPAD et financés pour tout ou partie par l'assurance-maladie. Il prévoit que les 18 500 soignants relevant des trois fonctions publiques bénéficieront de l'augmentation de 183€ euros nets par mois à partir du 1er octobre 2021.

Un accord de méthode a par ailleurs été signé par l'État avec les partenaires sociaux qui porte sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif financés pour tout ou partie par l'assurance-maladie. Il prévoit que les 64 000 professionnels soignants exerçant leurs fonctions dans les structures, notamment pour personnes handicapées et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) non régis par la branche de l'aide à domicile bénéficieront d'un complément de rémunération de 183 euros nets par mois à compter du 1er janvier 2022. Les SSIAD relevant de la branche de l'aide à domicile bénéficieront quant à eux de l'amélioration de leurs conditions de salaire au titre du prochain agrément de l'avenant dit 43 négocié par les partenaires sociaux. Ce dernier volet, qui ressortit au droit privé du travail, ne nécessite pas de déclinaison législative.

L'article 48 de la LFSS 21 doit être modifié pour y intégrer les adaptations de périmètre des établissements, de catégories d'agents et de date d'entrée en vigueur du bénéfice du complément de traitement indiciaire (CTI) pour les agents concernés. Il doit également être modifié afin de permettre la non-suspension du versement du CTI pour des agents qui, bien que demeurant affectés au sein de leur établissement du point de vue de leur position administrative, ne satisfont pas la condition d'exercice : ainsi, le versement du complément de traitement indiciaire sera maintenu au bénéfice de ces agents.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste en une adaptation de l'article 48 de la LFSS pour 2021 afin d'élargir rétroactivement le périmètre des bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (CTI) mis en place par la LFSS pour 2021 à de nouvelles catégories d'agents :

- Les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) rattachés aux établissements publics de santé ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des groupements de coopération sociale et médico-sociale, et de certains groupements d'intérêt public à vocation sanitaire bénéficieront d'un CTI à compter du 1er juin 2021.
- Les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique exerçant en tant que personnels soignants, aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des établissements médico-sociaux financés par l'ONDAM, publics non rattachés bénéficieront également du CTI à compter du 1er octobre 2021.

La mesure permet également aux personnels souhaitant évoluer dans leur carrière de conserver le bénéfice du complément de traitement indiciaire lorsqu'ils se trouvent en étude de promotion professionnelle.

b) Autres options possibles

Aucune autre option n'était possible, la mesure nécessitant une modification de la base légale du complément de traitement indiciaire.

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

En raison de ses effets d'augmentation de la masse salariale des établissements financés par la sécurité sociale et de son caractère pérenne, la mesure peut figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, tel que prévu au V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

L'élargissement du bénéfice du supplément de pension que la mesure induit a un impact sur l'équilibre financier des régimes de la fonction publique. En application du B et du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS, elle trouve ainsi sa place en LFSS.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

Sans objet.

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

La mesure est compatible avec le droit européen dans la mesure où il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences spécifiques sur ce sujet. De plus, la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Le droit applicable à la fonction publique en matière de rémunération n'est pas régi par des dispositions codifiées.

La création du supplément de pension ne nécessite pas d'être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'estimation de l'impact financier résulte :

- de l'application de la valeur du point de la fonction publique au nombre de points d'indices majorés attribués par le complément de traitement indiciaire pour l'ensemble des effectifs des établissements concernés.

- de l'estimation du coût des accords conventionnels mettant en œuvre une mesure équivalente au CTI dans le secteur privé

En M€	Coût année pleine	Entrée en vigueur
Tous les agents exerçant dans un établissement rattachés à un EPS, à un EHPAD ou dans un GSMS comprenant un EHPAD + dans un GIP à vocation sanitaire	83 (MS+ ONDAM spécifique) + 15,5 (ONDAM ES)	01/06/2021
Agents paramédicaux des établissements publics (FPH) financés par l'Assurance-maladie : PH, SSIAD ONDAM spécifique	42	01/10/2021
<i>Agents paramédicaux des établissements du secteur non-lucratif et lucratif PH, SSIAD (autres que BAD), ONDAM spécifique (mesure dont la mise en œuvre n'est pas intégrée à la future disposition législative)</i>	368	01/01/2022

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie (ONDAM ES)	9	6,5			
- Maladie (ONDAM spécifique)	6,5	9,8			
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie	52	424,2			
(Autre : Etat, 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 a pour objet, à terme d'augmenter de 183 euros nets par mois (entre 230 et 240 € brut tous secteurs confondus), la rémunération de l'ensemble des agents titulaires et contractuels des établissements sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé ou à un EHPAD, des GCSMS et des GIP à vocation sanitaire ainsi que l'ensemble des personnels soignants et AMP des établissements sociaux et médico-sociaux financés par l'assurance-maladie. Elle entrera en vigueur à compter du 1^{er} juin ou du 1^{er} octobre 2021 selon les cas pour les dispositions législatives, et à compter du 1^{er} janvier 2022 s'agissant des agents relevant du droit privé du travail.

Pour les employeurs, la mesure aura pour effet d'augmenter le coût du travail, ce surcoût étant compensé par la sécurité sociale.

b) Impacts sociaux

La mesure bénéficie de manière égalitaire à tous les agents des établissements concernés et constitue une revalorisation substantielle de leur rémunération.

Le supplément de pension permettra de valoriser les carrières des agents ayant perçu le complément de traitement indiciaire et améliorera sensiblement le montant des pensions des agents bénéficiaires de ce complément.

• Impact sur les jeunes

La mesure n'a pas d'effet spécifique sur les jeunes ; elle est pérenne et pourra bénéficier aux nouveaux agents publics recrutés à l'avenir dans les établissements concernés.

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

La mesure n'a pas d'effet spécifique sur les personnes en situation de handicap qui en bénéficieront comme tout agent public.

c) Impacts sur l'environnement

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

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

La mesure sera attribuée de manière égalitaire entre tous les agents publics. Dans la mesure où les professions concernées sont très fortement féminisées, elle contribue également à résorber les écarts de rémunération entre femmes et hommes.

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

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

La mesure de revalorisation trouvera à s'appliquer de manière automatique, sans que le bénéficiaire ait à en faire la demande. Les services chargés des ressources humaines des établissements concernés intégreront, ou feront intégrer par leur éditeur, le complément de traitement indiciaire ou son équivalent dans le système d'information des ressources humaines utilisé pour la gestion de la paye des agents.

La charge administrative qui en résulte ne pose pas de difficulté technique, l'application d'une mesure à effet rétroactif étant maîtrisée.

Le supplément de pension ne nécessite pas de démarches supplémentaires de la part de l'assuré pour demander son versement. Il sera calculé en même temps que les autres éléments composant sa pension.

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

Le calcul du supplément de pension a été mis en place pour les agents des établissements publics de santé et des EHPAD bénéficiaires de la mesure en 2021 ce qui a nécessité une adaptation des systèmes d'information des organismes chargés de la liquidation des pensions des différents bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (SRE, CNRACL). Cette adaptation devra être élargie aux nouveaux bénéficiaires du CTI.

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

La mise en œuvre par les services des ressources humaines des établissements ou l'éditeur de leur SIRH et les organismes gestionnaires de retraite pourra se réaliser à moyens constants, dans le cadre des travaux récurrents d'actualisation.

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

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

Un décret sera pris afin de modifier le décret pris en application de l'article 48 de la LFSS pour 2021.

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

Le supplément de pension a été mis en œuvre pour les nouveaux agents concernés dès le 1^{er} juin/1^{er} octobre 2021, afin de prendre en compte dans le calcul de la pension des assurés liquidant les effets du complément de traitement indiciaire perçu dès juin/octobre 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Le supplément de pension fera l'objet d'une campagne d'information de la part des organismes chargés de la liquidation des pensions des différents bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (SRE, CNRACL).

d) Suivi de la mise en œuvre

Des échanges avec les éditeurs de paye et certains services des ressources humaines seront tenus pour accompagner la mise en œuvre de la mesure et son suivi.

Par ailleurs, cette mesure sera également suivie dans le cadre des comités de suivi des accords du Ségur qui fixent le principe de la création de ce complément de traitement.

Il sera demandé aux organismes chargés de la liquidation des pensions des différents bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (SRE, CNRACL) de suivre la montée en charge du supplément de pension.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 48 de la loi de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021	Article 48 modifié
<p>I.-Un complément de traitement indiciaire est versé dans des conditions fixées par décret, à compter du 1er septembre 2020, aux fonctionnaires et militaires exerçant leurs fonctions au sein :</p> <p>1° Des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, à l'exception des structures créées en application de l'article L. 6111-3 du même code ;</p> <p>2° Des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 dudit code ;</p> <p>3° Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, y compris rattachés aux établissements publics de santé, mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>4° Des hôpitaux des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ;</p> <p>5° De l'établissement public mentionné à l'article L. 621-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.</p>	<p>I.- A. Un complément de traitement indiciaire est versé dans des conditions fixées par décret, à compter du 1er septembre 2020, aux fonctionnaires et militaires exerçant leurs fonctions au sein :</p> <p>1° Des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, à l'exception des structures créées en application de l'article L. 6111-3 du même code ;</p> <p>2° Des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 dudit code ;</p> <p>3° Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, y compris rattachés aux établissements publics de santé, mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>4° Des hôpitaux des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ;</p> <p>5° De l'établissement public mentionné à l'article L. 621-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.</p> <p>6° Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles rattachés à un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du code de la santé publique ;</p> <p>7° Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;</p> <p>8° Des groupements d'intérêt public mentionnés à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique, satisfaisant aux critères suivants :</p> <p>a) Le groupement exerce, à titre principal, une activité en lien direct avec la prise en charge des patients ou des résidents ;</p> <p>b) L'un au moins des établissements membres du groupement d'intérêt public est soit un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, soit un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au 3° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;</p> <p>c) L'activité principale du groupement bénéficie majoritairement à un établissement public de santé ou à un établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p>

<p>Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est versée dans des conditions fixées par décret, à compter du 1er septembre 2020, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat exerçant leurs fonctions au sein des structures mentionnées aux 1° à 5° du présent I.</p> <p>Les dispositions du présent I ne sont applicables ni aux personnes qui exercent la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, ni aux internes des hôpitaux des armées, ni aux élèves des écoles du service de santé des armées, ni aux personnes relevant de l'ordonnance n° 58-696 du 6 août 1958 relative au statut spécial des fonctionnaires des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.</p>	<p>9° Des groupements de coopération sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles comprenant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;</p> <p>10° des établissements expérimentaux financés par l'assurance maladie qui accueillent des personnes âgées mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>B. — Ce complément de traitement indiciaire est également versé dans des conditions fixées par décret aux fonctionnaires et militaires exerçant les fonctions d'aides-soignants, infirmiers, cadres de santé de la filière infirmière et de la filière de rééducation, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, audioprothésistes, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture, diététiciens, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale, accompagnants éducatifs et sociaux au sein d'établissements autres que ceux visés au 6° et 7° du A :</p> <p>1° Des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>2° Des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental ;</p> <p>3° Des établissements et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est versée dans des conditions fixées par décret, à compter du 1er septembre 2020, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat exerçant leurs fonctions au sein des structures mentionnées aux 1° à 5° du au présent I. Pour les employeurs structures structures mentionnées au B, le versement de cette indemnité est conditionné à l'exercice de fonctions analogues à celles prévues au premier alinéa du B.</p> <p>Les dispositions du présent I ne sont applicables ni aux personnes qui exercent la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, ni aux internes des hôpitaux des armées, ni aux élèves des écoles du service de santé des armées, ni aux personnes relevant de l'ordonnance n° 58-696 du 6 août 1958 relative au statut spécial des fonctionnaires des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire</p> <p>C. — 1° Par dérogation au A et au B, un complément de traitement indiciaire est versé aux agents relevant de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle, débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social.</p> <p>2° Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente versé au titre du A et du B aux militaires, aux</p>
---	--

<p>II.-Les fonctionnaires de l'Etat et les militaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite à compter du 1er septembre 2020 ont droit à un supplément de pension au titre du complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article, qui s'ajoute à la pension liquidée en application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p> <p>Ce supplément de pension est calculé dans les conditions prévues au I de l'article L. 15 du même code en retenant, au titre du traitement ou de la solde, le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article perçu par le fonctionnaire ou le militaire au moins une fois au cours des six derniers mois précédant la cessation des services valables pour la retraite. Les conditions de jouissance et de réversion de ce supplément de pension sont identiques à celles de la pension elle-même. Ce supplément est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p> <p>Le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article est soumis aux contributions et cotisations prévues à l'article L. 61 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans les conditions fixées pour le traitement ou la solde.</p> <p>III.-Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente à ce complément versé aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ainsi qu'aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat est pris en compte lors de la liquidation de leur pension dans des conditions analogues à celles définies au II. Les modalités de cette prise en compte sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>IV.-Après la troisième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits</p>	<p>fonctionnaires, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat est maintenu lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social.</p> <p>II.-Les fonctionnaires de l'Etat et les militaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite à compter du 1er septembre 2020 ont droit à un supplément de pension au titre du complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article, qui s'ajoute à la pension liquidée en application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p> <p>Ce supplément de pension est calculé dans les conditions prévues au I de l'article L. 15 du même code en retenant, au titre du traitement ou de la solde, le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article perçu par le fonctionnaire ou le militaire au moins une fois au cours des six derniers mois précédant la cessation des services valables pour la retraite. Les conditions de jouissance et de réversion de ce supplément de pension sont identiques à celles de la pension elle-même. Ce supplément est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p> <p>Le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article est soumis aux contributions et cotisations prévues à l'article L. 61 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans les conditions fixées pour le traitement ou la solde.</p> <p>III.-Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente à ce complément versé aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ainsi qu'aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat est pris en compte lors de la liquidation de leur pension dans des conditions analogues à celles définies au II. Les modalités de cette prise en compte sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>IV.-Après la troisième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits mentionnés aux 2° et 3° du présent I. »</p>
--	---

Article 30 – Soutien massif à l’offre des services à domicile de l’autonomie au bénéfice des personnes âgées et handicapées

I. Présentation de la mesure

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

L’offre de services à domicile pour les personnes âgées en perte d’autonomie et les personnes en situation de handicap est composée aujourd’hui de trois types d’acteurs, soumis à des régimes d’autorisation et des modalités de financement distincts :

- Les services d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD) : ces services assurent des prestations d’aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (entretien du logement, entretien du linge, préparation des repas, aide à l’habillage et au déshabillage, etc.). Au nombre de 8 700 (15 % publics, 51 % associatifs et 34 % privés lucratifs), ils accompagnent chaque année environ 760 000 personnes âgées ou en situation de handicap, représentant environ 200 millions d’heures d’intervention. Ils sont autorisés, tarifés et financés (à titre principal) par les départements ;
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : ces services assurent, sur prescription médicale, des soins dits de « nursing » (aide à la toilette, etc.) et des actes infirmiers (pansements, injections, perfusions, etc.). Au nombre de 1 970, ils contribuent ainsi à prévenir la perte d’autonomie, à faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, ainsi qu’à retarder l’entrée dans un établissement d’hébergement (dont en EHPAD). Ils jouent également un rôle de coordination des professionnels intervenant dans le domaine du soin. Ils sont autorisés et tarifés par les agences régionales de santé (ARS) et financés par la branche autonomie ;
- Les services polyvalents d’aide et de soins à domicile (SPASAD) : ces services assurent à la fois des prestations d’aide telles que celles réalisées par les SAAD et de soins telles que celles assurées par les SSIAD, et proposent ainsi une offre coordonnée aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Ils sont autorisés conjointement par les départements et les ARS, et financés par les départements (à titre principal) pour l’aide et par la branche autonomie pour le soin. Dans le cadre d’une expérimentation (« SPASAD intégrés ») prévue par la loi « adaptation de la société au vieillissement » (ASV) de 2015¹, des financements complémentaires ont été alloués à 338 SPASAD expérimentaux pour favoriser la coordination des prestations d’aide et de soins et les actions de prévention (sur la base d’un cahier des charges).

Alors qu’elle est confrontée à des besoins croissants, en lien avec le vieillissement de la population, cette offre de services présente aujourd’hui de nombreuses faiblesses structurelles, qui nuisent à l’attractivité de ces métiers et dès lors au bon accompagnement des personnes ayant besoin de soutien dans leur autonomie.

En premier lieu, les modèles de financement se révèlent inadaptés, conduisant à une couverture insuffisante des besoins sur le territoire :

- **S’agissant des SAAD, le tarif horaire moyen des SAAD demeure inférieur au coût de revient et avec de fortes disparités entre les départements.** Le tarif moyen est en effet de l’ordre de 21 euros par heure (pour les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale), pour des coûts de revient estimés à 24,24 euros en moyenne dans la dernière étude publiée en 2016 par la DGCS et la CNSA², et à 23,73 euros dans le référentiel de coût publié par l’UNA³ et repris par le HCFEA en avril 2020⁴. Une consultation menée par EY et la Fédésap montre également que le taux de marge nette moyen des SAAD en 2018 était négatif (de -1%) et que plus de la moitié des SAAD (52 %) n’étaient pas rentables sur la période, avec un résultat net négatif⁵. La contrainte budgétaire expliquerait la tendance de certains départements à sous-tarifé les services, comme le constatent le HCFEA⁶ ou la Cour des comptes⁷.

Cet écart entre financement et coûts de revient contribue à la fragilisation du secteur et, en favorisant les fermetures et la réduction de la capacité d’accueil des services, rend plus difficile la couverture des besoins (près de la moitié des structures déclarent ne pas parvenir à satisfaire toutes les nouvelles demandes, plus de 20 % des départements connaissent des difficultés à couvrir l’intégralité de leur territoire). Par ailleurs, pour les services non habilités à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale, et qui pratiquent la liberté des prix, cette situation renchérit le coût laissé à la charge des personnes.

Enfin, il existe des disparités de tarif importantes entre les départements, de sorte que **les chances pour une personne de bénéficier de l’accompagnement d’un service, de même que le coût laissé à sa charge, diffèrent significativement selon le département** dans lequel elle réside :

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement.

² CNSA-DGCS, Étude des prestations d’aide et d’accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts, mai 2016.

³ UNA, ARGOS SAAD 2017, décembre 2018.

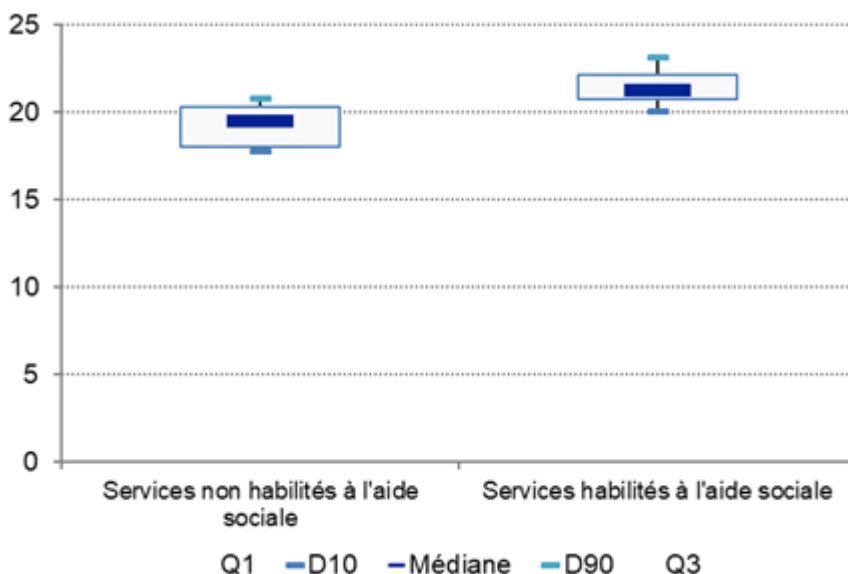
⁴ HCFEA, Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d’aide à domicile, 2020.

⁵ Fédésap, Estimation d’une prise en charge financière cible pour les prestations d’aide à domicile APA et PCH en 2020 et à horizon 2025, janvier 2020.

⁶ HCFEA, rapport précité.

⁷ Cour des comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d’autonomie, 2016.

Distribution en 2018 des tarifs moyens fixés par les départements pour les SAAD solvabilisés par l'APA (en euros par heure d'intervention)



Lecture : pour les services habilités à l'aide sociale, la médiane des tarifs moyens des départements était en 2018 de 21,3 euros par heure, un quart des départements avaient un tarif moyen inférieur à 20,7 euros et 10 % inférieur à 20,1 euros. Pour les services non habilités, ces chiffres étaient respectivement de 19,5 euros, 18,1 euros et 17,8 euros.

Champ : échantillon de départements répondants, données 2018 non corrigées de l'inflation.

Source : DSS, d'après une enquête réalisée par la DGCS en 2018.

- S'agissant des SSIAD, l'absence de prise en compte du besoin en soins des personnes dans la tarification n'incite pas à la prise en charge des personnes nécessitant les soins les plus importants. Plusieurs études ont mis en évidence des obstacles persistants à la prise en charge de ces personnes¹, conduisant dans certains cas à des refus d'admission². Le cas échéant, les personnes concernées sont orientées vers les cabinets d'infirmiers libéraux, mais ne bénéficient alors pas du rôle de coordination des soins assuré par les SSIAD, ou vers des SAAD, conduisant néanmoins à des transferts de compétences entre professionnels parfois inadaptés (par exemple pour des toilettes techniques).

En second lieu, la multiplicité des acteurs (SAAD, SSIAD, SPASAD) nuit à la coordination entre les prestations d'aide et de soins et à la compréhension de l'offre par les usagers, ce qui favorise le non-recours et conduit à faire peser sur les familles d'importantes charges d'organisation.

Les premières conclusions sur l'expérimentation « SPASAD intégrés » **remises au Parlement en juin 2019** ont mis en évidence les multiples avantages de l'intégration des services d'aide et de soins à domicile :

- L'organisation en SPASAD pour les partenaires constitue le gage d'une meilleure lisibilité de l'offre, notamment grâce à la mise en place d'un interlocuteur unique, qui facilite la prise de contact et réduit les démarches à effectuer pour les bénéficiaires et leurs aidants. L'intervention d'une seule et même équipe au domicile est de même appréciée ;
- L'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers et le caractère sécurisant pour les aidants. La coordination des interventions permet par ailleurs de répondre plus efficacement aux besoins, par exemple pour les retours d'hospitalisation, et favorise le partage de pratiques entre les professionnels ;
- L'amélioration de l'organisation du travail grâce à une meilleure concertation entre intervenants, une planification des interventions communes et une mutualisation des moyens. Le rapport d'étape souligne une plus grande sécurité au travail et un moindre isolement des professionnels, en particulier du fait de la possibilité d'intervenir en binôme sur les situations « lourdes » ;
- Ce modèle facilite la mise en place d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie, en particulier avec les proches aidants, ou encore de repérage des fragilités ;
- Le besoin d'un financement dédié pour garantir le fonctionnement intégré entre l'aide et le soin, notamment au travers de temps d'échanges de bonnes pratiques et de coordination des intervenants pour assurer la cohérence de leur intervention autour de la personne accompagnée.

¹ D'après une étude réalisée en 2007 par l'URC Eco IdF, le coût par personne prise en charge par un SSIAD variait de 1 135 € à 36 659 € par an, « soit de 0,1 à 3,45 fois la dotation moyenne par place installée dans l'échantillon ». Par ailleurs, les 10 % des personnes aux besoins les plus conséquents représentaient plus de 20 % des dépenses.

² Cour des comptes, rapport précité.

Le modèle des SPASAD reste cependant peu développé (338 SPASAD concernés par l'expérimentation) et l'absence de financement pérenne des actions de coordination en limite la diffusion¹.

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

a) Mesure proposée

• **L'instauration d'un « tarif plancher » pour l'ensemble des SAAD prestataires**

Afin de consolider l'offre de services à domicile, il est proposé la création au 1^{er} janvier 2022 d'un « tarif plancher » pour la tarification des SAAD prestataires par les départements. Partout sur le territoire, le tarif horaire versé aux services prestataires devra ainsi être au moins égal à ce tarif minimal, ce qui constitue une garantie importante pour la pérennité des services et leur fonctionnement quotidien en réponse aux besoins des personnes et des familles.

Le tarif plancher s'appliquerait aux services solvabilisés aussi bien par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) que par la prestation de compensation du handicap (PCH) et concernerait les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (HAS) comme ceux non habilités (NHAS)². Pour ces derniers, l'instauration de ce tarif plancher n'aurait pas d'incidence sur leur liberté tarifaire.

Ce tarif plancher, qu'il est envisagé de fixer à **22 euros par heure, sera fixé par arrêté.**

Le coût induit par la mesure pour les départements ferait l'objet d'une compensation par la branche autonomie.

• **La réforme de la tarification des SSIAD**

Afin de favoriser la prise en charge par les SSIAD des personnes aux besoins en soins les plus importants, il est proposé de passer en 2023 de la tarification actuelle, forfaitaire par place non modulée en fonction des caractéristiques des usagers, à une tarification tenant compte du besoin en soins et du niveau de perte d'autonomie des usagers.

Les travaux entre l'administration et les fédérations du secteur sont amenés à se poursuivre au cours des prochains mois afin de définir l'équation tarifaire du nouveau modèle de tarification, sur la base des propositions de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le modèle ainsi défini sera par la suite adopté par un décret en Conseil d'État ayant vocation à être publié au cours de l'année 2022.

• **Le financement des actions de coordination comme levier pour la simplification du paysage des services à domicile**

Afin de faciliter l'accès aux services à domicile et de favoriser la coordination des professionnels, il est proposé, en lien avec les réformes tarifaires, de fusionner les catégories existantes (SAAD, SSIAD, SPASAD) de services à domicile et de rendre pérenne le financement de la coordination entre les prestations d'aide et de soins.

Dès 2022, tirant les enseignements de l'expérimentation « SPASAD intégrés », un financement permettant d'assurer la coordination des prestations d'aide et de soins pourra être versé à l'ensemble des SPASAD. Le financement de la coordination vise notamment à assurer un fonctionnement réellement intégré des structures, avec des échanges réguliers entre les professionnels de l'aide et du soin pour assurer la cohérence des interventions autour de la personne accompagnée, par exemple pour l'élaboration d'un plan d'accompagnement articulant l'aide et le soin.

À partir de 2023 et au plus tard en 2025, les catégories existantes de services à domicile seraient progressivement fusionnées pour former une seule catégorie de services à domicile intitulée « services autonomie ». Ainsi, l'ensemble des SSIAD actuels seraient tenus de proposer des activités de soins mais aussi des activités d'aide en lien avec les services à domicile, de manière comparable aux SPASAD aujourd'hui. Quant aux SAAD, dont le besoin en prestation devrait rester très majoritaire par rapport aux soins³, il est proposé qu'ils puissent continuer à ne proposer que des prestations d'aide, mais sous réserve de mettre en place une organisation permettant de répondre aux éventuels besoins en soins des personnes qu'ils accompagnent (par exemple, par voie de convention avec un ou plusieurs professionnels ayant une activité de soins).

Pour les services existants, la transition serait organisée de la façon suivante :

- Pour les SAAD, les SPASAD autorisés et les SPASAD expérimentaux⁴ : ils seraient réputés autorisés comme services autonomie à compter de la publication (au plus tard le 30 juin 2023) du décret fixant le cahier des charges de ces services ; ils disposeraient ensuite d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec le nouveau cahier des charges ;

¹ D'après le rapport d'étape au Parlement précité, au second semestre 2019, seules 11 % des prises en charge par les « SPASAD intégrés » étaient véritablement coordonnées.

² Pour les services habilités, le prix à l'heure équivaut au tarif défini par le département, couvert par l'APA ou la PCH financée par le département et par un reste à charge laissé au bénéficiaire. En comparaison, les services non habilités fixent leur prix librement dans la limite d'un taux d'évolution annuel défini par voie réglementaire et sont financés par le département (au titre de l'APA ou de la PCH) à hauteur du tarif de référence (l'écart entre le prix et le tarif du département est financé par le bénéficiaire).

³ D'après une enquête réalisée en 2020 auprès des SPASAD de l'expérimentation « SPASAD intégrés », plus de 75 % de leurs usagers recouraient uniquement à des prestations d'aide.

⁴ Tant les SPASAD expérimentant sur la base d'une autorisation de SPASAD que les SPASAD expérimentant sous forme de conventionnement ou de groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Sur les 381 SPASAD existants, 338 sont expérimentaux et 43 sont « classiques ».

- Pour les SSIAD : il leur serait laissé un délai de deux ans à compter de la publication du décret d'application de pour s'adjoindre une activité d'aide et obtenir une autorisation comme services autonomie.

Le financement des services autonomie unifiés serait composé :

- Du financement des SAAD actuels (pour lequel il est proposé d'instaurer un « tarif plancher » au 1^{er} janvier 2022) pour les prestations d'aide et d'accompagnement ;
- Pour ceux exerçant les deux activités, du financement des SSIAD actuels pour les prestations de soins (qu'il est proposé de réformer en 2023) et du financement de la coordination des prestations d'aide et de soins qu'il est proposé de prévoir dès 2022 pour l'ensemble des SPASAD.

• **Mise en œuvre dans le temps**

La réforme sera conduite de manière progressive :

- Au 1^{er} janvier 2022 : tarif plancher des SAAD et dotation finançant la coordination dans les SPASAD ;
- Au 1^{er} janvier 2023 : nouvelle tarification des SSIAD ;
- Au 30 juin 2023 au plus tard : entrée en vigueur des services autonomie et publication de leur cahier des charges ; obligation de mise en conformité des services avec le niveau d'exigence de ce cahier des charges dans un délai de deux ans.

Dans l'intervalle entre la publication de la LFSS 2022 et celle du décret fixant le cahier des charges des services autonomie en 2023, les services restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables avant la LFSS 2022. En particulier, les SPASAD autorisés relèvent de l'article D. 312-7 du CASF et les SPASAD expérimentaux de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges de l'expérimentation. Les SSIAD continuent d'être régis par les articles D. 312-1 et suivants du CASF et les SAAD par les articles D. 312-6 et suivants du même code.

b) Autres options possibles

Concernant la fusion des catégories de services à domicile, une alternative aurait pu consister à contraindre l'ensemble des services à proposer à la fois des activités d'aide et de soins. Elle présenterait l'avantage de garantir un interlocuteur unique pour l'ensemble des personnes souhaitant solliciter des deux prestations. Elle ne tient néanmoins pas compte du fait que les besoins d'aide devraient rester très majoritaires relativement aux besoins de soins (voir *supra*).

En complément des évolutions proposées *supra*, le travail se poursuit, en lien avec les parties prenantes, pour compléter le financement des services à domicile d'un étage « qualité » visant à soutenir l'amélioration du service et l'atteinte d'objectifs tels que l'accompagnement de personnes aux situations particulières ou la pleine couverture territoriale des besoins.

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

L'inscription de la mesure en PLFSS se justifie par ses effets permanents sur les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (2^o du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale) :

- S'agissant de l'instauration d'un « tarif plancher » pour les SAAD prestataires, sur les dépenses de concours aux départements de la branche autonomie ;
- S'agissant de la réforme de la tarification des SSIAD, sur les dépenses relevant de l'objectif global de dépenses (OGD) ;
- S'agissant de la création d'un financement pour les actions de coordination entre l'aide et le soin, sur les dépenses relevant de l'OGD, ce financement visant, d'une part, à consolider le modèle des services fonctionnant déjà en intégrant ces deux activités et, d'autre part, à agir comme levier pour simplifier le paysage des services à domicile en accompagnant financièrement la transformation des SSIAD en services autonomie à domicile.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités européens ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Le présent article crée au sein du code de l'action sociale (CASF) et des familles un article L. 313-1-3 définissant les services autonomie à domicile, qui remplacent les SAAD, SSIAD et SPASAD.

Un nouvel article L. 314-2-1 définit par ailleurs les modalités de financement des prestations d'aide et de soin des services autonomies à domicile, ainsi que de la coordination entre ces activités.

L'article L. 14-10-5 est modifié pour préciser les modalités de compensation par la CNSA de l'effet, pour les conseils départementaux, de l'instauration du « tarif plancher ».

L'article L. 313-11-1, relatifs aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, est modifié pour prévoir que les services autonomie à domicile proposant seulement des prestations d'aide ont la faculté de signer un CPOM, alors que ceux qui proposent conjointement de l'aide et du soin en ont l'obligation en application de l'article L. 313-12-2.

Tirant les conséquences de la création d'un tarif plancher, l'article L. 347-1, relatif aux SAAD non habilités à l'aide sociale, est modifié pour prévoir que les services peuvent augmenter leurs prix d'un taux supérieur au taux maximal annuel d'évolution des prix fixé par arrêté, lorsque cela est nécessaire pour atteindre le tarif de référence prévu par le conseil départemental. La disposition encadre cette possibilité afin que l'augmentation du prix n'aboutisse pas à accroître le reste à charge pour l'usager.

L'article L. 233-1 est modifié pour permettre à l'ensemble des services autonomie à domicile de pouvoir bénéficier des financements de la conférence des financeurs afin de conduire des actions de prévention.

Enfin, plusieurs autres articles du code de l'action sociale et des familles sont modifiés à des fins de coordination.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les dispositions de l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, prévoyant l'expérimentation des SPASAD intégrés, sont abrogées. En vertu de ces dispositions, l'expérimentation se termine au 31 décembre 2021. Les SPASAD expérimentaux, comme les SPASAD « classiques », deviendront à compter du 1^{er} janvier 2022 des services autonomie à domicile. Pendant l'année 2022, où le cahier des charges des services autonomie n'aura pas encore été pris, ils continueront d'être régis par les dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges de l'expérimentation. Le maintien en vigueur des dispositions de l'article 49 de la loi ASV est donc nécessaire jusqu'à ce que le cahier des charges des services autonomie à domicile ait été publié.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Application directe, avec actualisation des dispositions d'adaptation prévues à l'article L. 543-1 du CASF
Mayotte	Application directe, avec actualisation des dispositions d'adaptation prévues à l'article L. 543-1 du CASF
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Application de plein droit
Saint-Pierre-et-Miquelon	Application de plein droit
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact de cette mesure sur les finances publiques est lié à l'évolution des modalités de financement des services à domicile :

- **La création d'un « tarif plancher » de 22 euros par heure pour les SAAD prestataires :**
 - o Sur le champ de l'APA, l'impact de la mesure est estimé à 194 M€ pour l'ensemble des financeurs à compter de 2022 (année d'entrée en vigueur envisagée) dont 155 M€ financés par la CNSA. La

participation des bénéficiaires étant fonction du tarif, la mesure induirait une hausse modérée du reste à charge, à hauteur de 19 M€ après prise en charge par l'État d'une partie de cette hausse, pour 19 M€ également, à travers le crédit d'impôt (ces estimations sont majorantes dans la mesure où elles couvrent uniquement la hausse des restes à charge induite par l'augmentation des tarifs des services concernés, l'éventuel effet baissier résultant de la moindre différence entre le prix payé par les usagers et l'APA n'étant pas pris en compte) ;

- Sur le champ de la PCH, le coût est estimé à 87 M€, intégralement financés par la CNSA, portant sa contribution totale (APA et PCH) au titre du tarif plancher à 242 M€ ;
- Le coût pour les départements à compter de 2023 résulte de la prise en compte de l'effet volume, soit le renchérissement du coût de la mesure lié à l'accroissement au cours du temps du nombre de bénéficiaires de l'APA et de la PCH, la contribution de la branche autonomie restant évaluée sur la base des effectifs 2022 ;
- Ces chiffrages tiennent compte d'un rehaussement corrélatif des plafonds des plans d'aide APA, afin que la mesure ne se traduise pas par une baisse du nombre d'heures d'aide humaine pour les bénéficiaires de l'APA dont les plans sont saturés ;
- **La réforme de la tarification des SSIAD** : le besoin de financement pour une plus juste tarification de l'offre de soins à domicile est estimé à 39 M€ en 2023 avec une montée en charge progressive pour atteindre 260 M€ en 2030 (127 M€ en 2025). L'évaluation est établie en considérant que 10 % des places de SSIAD bénéficieraient d'une dotation doublée, soit 29 000 € par an ;
- **La création du financement de la coordination entre les prestations d'aide et de soins** : le coût du développement de la coordination entre les activités d'aide et de soins a été estimé en prenant pour hypothèse l'allocation d'un tiers d'équivalent temps plein (ETP) pour 80 places. Le coût d'un ETP d'infirmière coordinatrice est estimé à environ 58 000 € en 2021. Le coût de ce dispositif est évalué à 10 M€ pour 2022, il augmentera progressivement pour atteindre 40 M€ à l'horizon 2030 (18 M€ en 2025).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Finances publiques		-272	-320	-373	-431
Régime général/ROBSS/autre		-253	-292	-338	-388
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie		-253	-292	-338	-388
<i>Tarif plancher de 22€ pour les services à domicile</i>		-242	-242	-242	-242
<i>Renforcement des activités de soins des services à domicile</i>		0	-39	-81	-127
<i>Financement de la coordination entre les activités d'aide et de soins</i>		-10	-11	-14	-18
Départements		0	-7	-15	-23
<i>Tarif plancher de 22€ pour les services à domicile</i>		0	-7	-15	-23
Etat		-19	-20	-20	-21
<i>Tarif plancher de 22€ pour les services à domicile</i>		-19	-20	-20	-21
Assurés		-19	-20	-20	-21
<i>Tarif plancher de 22€ pour les services à domicile</i>		-19	-20	-20	-21

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

a) Impacts économiques

Le présent article aurait pour effet principal, via l'introduction d'un tarif plancher :

- D'améliorer la solvabilisation de l'offre de services en rapprochant les tarifs pratiqués du coût de revient des structures, tout en minimisant la nécessité de facturer un reste à charge ;
- De réduire les disparités de tarification entre les départements, qui sont la source aujourd'hui d'inégalités pour l'accès à l'accompagnement par un service à domicile selon le lieu de résidence ;

- De rapprocher les tarifs dont bénéficient les SAAD habilités à l'aide sociale et ceux non habilités, l'écart pouvant exister à ce niveau constituant un risque important du point de vue concurrentiel pour les structures privées, sachant qu'elles proposent leurs services aux mêmes publics que les SAAD habilités, et ne peuvent pour combler le différentiel facturer un reste à charge trop important au risque de ne pas être compétitives.

b) Impacts sociaux

La mesure proposée vise à mieux répondre aux besoins de tous les publics fragiles pris en charge par ces services, qu'il s'agisse de personnes âgées en perte d'autonomie ou de personnes en situation de handicap. Elle participe à la priorité donnée au maintien à domicile des personnes, répondant ainsi à une aspiration légitime de la population, illustrée notamment par un sondage réalisé par Odoxa en mai 2021 montrant que 80 % des Français attendent que les politiques publiques incitent au maintien à domicile, une volonté de plus en plus marquée avec l'âge (92 % chez les 65 ans et plus).

En effet, la mise en œuvre du présent article facilitera l'accès aux services à domicile sur le territoire aux personnes nécessitant à la fois une aide et un accompagnement et des soins à domicile. Elle limitera les disparités en matière d'offre et de coût pour les personnes accompagnées.

La réorganisation proposée permettra également très concrètement une organisation plus rationnelle des interventions des professionnels de l'aide et du soin au domicile, des échanges, un repérage plus précoce des besoins susceptibles d'apparaître et une orientation facilitée vers les autres dispositifs médico-sociaux ou de soins. Elle améliorera la qualité de leur prise en charge, notamment en créant les conditions d'une meilleure coordination entre les interventions d'aide de soin et en participant à rendre le secteur de l'aide à domicile plus attractif, ce qui permettra une meilleure couverture des besoins d'accompagnement et de soins à domicile.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap sont pleinement concernées par cette réforme du financement et de transformation de l'offre des services à domicile dans la mesure où elles bénéficient d'un accompagnement des services solvabilisés par la prestation de compensation du handicap (PCH). Du point de vue des personnes accompagnées et de leurs aidants, l'objectif fixé est celui d'une disponibilité, dans chaque département et quelle que soit la situation de l'utilisateur (lieu de vie, territoire enclavé, difficultés sociales particulières), d'une offre de services de qualité, présentant un certain nombre d'améliorations très concrètes. Pour la PCH, le coût est estimé à 87 M€, intégralement financé par la CNSA.

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

Du point de vue des personnes accompagnées et de leurs aidants, l'objectif fixé est celui d'une disponibilité, dans chaque département et quelle que soit la situation de l'utilisateur (lieu de vie, territoire enclavé, difficultés sociales particulières), d'une offre de services de qualité.

De plus, les personnes pourront recourir à un seul interlocuteur (porte d'entrée unique dans le dispositif) en cas de besoin d'une prise en charge en soins et en aide et accompagnement.

Pour les bénéficiaires de l'APA, la hausse de leur participation au financement des plans d'aide APA est estimée à 19 M€ (augmentation mécanique du reste à charge, à taux de participation moyen inchangé). Pour la PCH, le coût est estimé à 87 M€, intégralement financés par la CNSA.

La revalorisation des plafonds pourrait induire un effet d'aubaine : certains bénéficiaires qui ont recours à des services déjà solvabilisés à hauteur de 22 €, ou à de l'emploi direct, bénéficieront de cette hausse.

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

A court terme, il est notamment à prévoir une charge de travail supplémentaire importante pour les ARS et les conseils départementaux induite par les réformes du financement des services (tarif plancher pour les SAAD prestataires et réforme de la tarification des SSIAD) ainsi que par la fusion des différentes catégories de service à domicile. Pour cette dernière, ils devront en effet délivrer de nouvelles autorisations pour la partie des services dont le périmètre d'activité va évoluer pour proposer à la fois de l'aide et du soin (SSIAD et SPASAD sous forme de conventionnement ou de GCSMS).

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

Voir b) *supra*.

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

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

Pour l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 du tarif horaire plancher applicable à l'activité d'aide et d'accompagnement, des dispositions réglementaires devront également être prévues. Un décret en Conseil d'Etat devra être pris d'une part pour prévoir, dans les dispositions relatives au financement des SAAD, que le tarif plancher doit être pris en compte et, d'autre part, pour relever les plafonds des plans d'aide APA. Ensuite, un arrêté conjoint des ministres en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale fixera notamment le montant du tarif plancher

Pour l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 de la dotation de coordination pour les SPASAD, des dispositions relevant d'un décret en Conseil d'Etat préciseront les modalités de versement de ce financement.

Pour l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023 de la nouvelle tarification des SSIAD, un décret en Conseil d'Etat sera pris avant cette date pour préciser le mode de calcul de la future dotation globale.

Pour l'application de l'article L. 313-1-3 du CASF modifié au plus tard le 30 juin 2023, un décret simple fixera le cahier des charges national définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services autonomie. Ce décret devra être pris au plus tard dix-huit mois après la publication de la présente loi.

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

S'agissant de la fusion des catégories de services à domicile, la transition serait organisée de la façon suivante :

- Pour les SAAD, les SPASAD autorisés et les SPASAD expérimentaux : ils seraient réputés autorisés comme « services autonomie » et disposeraient d'un délai de deux ans à compter de la publication (au plus tard le 30 juin 2023) du décret d'application pour se mettre en conformité avec le cahier des charges des « services autonomie » ;
- Pour les SSIAD : il leur serait laissé un délai de deux ans à compter de la publication du décret d'application pour s'adjoindre une activité d'aide et obtenir une autorisation comme « services autonomie ».

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La DGCS, sur la base de données produites par la CNSA, et en lien avec cette dernière, assurera le suivi de la mise en œuvre de cette mesure. A cet effet, un bilan pourra être réalisé deux ans après l'entrée en vigueur du tarif plancher et afin de mesurer l'effet de cette réforme notamment sur :

- La situation économique des SAAD ;
- L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

En application du 5° de l'article L. 142-1, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), en lien avec la DGCS, pourra être invité à assurer le suivi de la mise en œuvre de cette mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 313-1-3 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 313-1-3 modifié du code de l'action sociale et des familles
<p>Les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 respectent un cahier des charges national défini par décret.</p>	<p>Les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 respectent un cahier des charges national défini par décret.</p> <p>Les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile.</p> <p>Les services autonomie à domicile concourent à préserver l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et à favoriser leur maintien à domicile.</p> <p>A cette fin, ils assurent une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et proposent une réponse aux éventuels besoins en soins aux personnes accompagnées :</p> <p>1° Soit en assurant eux-mêmes une activité de soins à domicile. Ils perçoivent, à ce titre, les dotations définies au 2° de l'article L. 314-2-1 ;</p> <p>2° Soit en organisant une réponse aux besoins de soins avec d'autres services ou professionnels dispensant une activité de soins à domicile, le cas échéant par le biais de conventions.</p> <p>Un décret fixe le cahier des charges national que doivent respecter ces services.</p>
	<p>Article L. 314-2-1 nouveau du code de l'action sociale et des familles</p>
	<p>Les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313 1 3 sont financés selon les modalités suivantes :</p> <p>1° Au titre de l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile :</p> <p>a) Pour les services habilités sur le fondement de l'article L. 313-6 à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les tarifs horaires définis par le président du conseil départemental en application du II de l'article L. 314-1 ne peuvent être inférieurs à un montant fixé par arrêté des ministres en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale ;</p> <p>b) Pour les services mentionnés à l'article L. 347-1, le montant de la prestation mentionnée à l'article L. 232-1 ou à l'article L. 245-1 et destinée à couvrir en tout ou partie le prix facturé par le service ne peut être inférieur au montant résultant de l'application du montant minimal mentionné à l'alinéa précédent ;</p> <p>2° Au titre de l'activité de soins dispensée en application du 1° de l'article L. 313 1 3, le directeur général de l'agence régionale de santé verse chaque année :</p> <p>a) Une dotation globale relative aux soins, dont le montant tient compte notamment du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes accompagnées ;</p> <p>b) Une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure</p>

	et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée.
Article L. 14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 14-10-5 modifié du code de l'action sociale et des familles
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :</p> <p>1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ;</p> <p>2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1. Les dépenses d'aides à l'investissement immobilier des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont conditionnées à l'adaptation des bâtiments à la transition démographique ;</p> <p>3° Le financement des concours versés aux départements, destinés à couvrir une partie :</p> <p>a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;</p> <p>b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;</p> <p>c) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;</p> <p>d) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1 ;</p> <p>4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. A cette fin, elle peut contribuer au financement d'actions contractualisées avec les conseils départementaux et les métropoles pour la transformation inclusive de l'offre médico-sociale ou d'autres formes d'habitat dans leurs domaines de compétence ainsi qu'au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>5° Le financement de la gestion administrative.</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :</p> <p>1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ;</p> <p>2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1. Les dépenses d'aides à l'investissement immobilier des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont conditionnées à l'adaptation des bâtiments à la transition démographique ;</p> <p>3° Le financement des concours versés aux départements, destinés à couvrir une partie :</p> <p>a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;</p> <p>b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;</p> <p>c) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;</p> <p>d) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de à l'article L. 233-1 ;</p> <p>e) Du surcroît de coûts mentionnés aux a et b du présent 3° résultant pour chaque département, le cas échéant, de l'application du tarif horaire minimal prévu au 1° de l'article L. 314-2-1. Les modalités de détermination de ce montant sont précisées par décret en Conseil d'Etat en tenant compte des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité des services réalisant une activité d'aide et d'accompagnement à domicile, à la date d'effet de la première application du tarif minimal et de chacune de ses revalorisations.</p> <p>4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. A cette fin, elle peut contribuer au financement d'actions contractualisées avec les conseils départementaux et les métropoles pour la transformation inclusive de l'offre médico-sociale ou d'autres formes d'habitat dans leurs domaines de compétence ainsi qu'au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>5° Le financement de la gestion administrative.</p>
Article L. 233-1 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 233-1 modifié du code de l'action sociale et des familles
<p>Dans chaque département et dans la collectivité de Corse, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental ou de la collectivité de Corse, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des</p>	<p>Dans chaque département et dans la collectivité de Corse, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental ou de la collectivité de Corse, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des</p>

<p>actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du présent code et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.</p> <p>Le programme défini par la conférence porte sur :</p> <p>1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue au 5° du I de l'article L. 14-10-1 du présent code ;</p> <p>2° L'attribution du forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 du présent code ;</p> <p>3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;</p> <p>4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, intervenant auprès des personnes âgées ;</p> <p>5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;</p> <p>6° Le développement d'autres actions collectives de prévention.</p>	<p>actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du présent code et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.</p> <p>Le programme défini par la conférence porte sur :</p> <p>1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue au 5° du I de l'article L. 14-10-1 du présent code ;</p> <p>2° L'attribution du forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 du présent code ;</p> <p>3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;</p> <p>4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, intervenant auprès des personnes âgées ;</p> <p>3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services autonomie à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;</p> <p>5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;</p> <p>6° Le développement d'autres actions collectives de prévention.</p>
<p align="center">Article L. 313-1-2 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 313-1-2 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>Pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 et de la prestation de compensation du handicap mentionnée à l'article L. 245-1, un service d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 doit y être autorisé spécifiquement s'il n'est pas détenteur de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale mentionnée à l'article L. 313-6. Cette autorisation peut être refusée ou retirée dans les conditions prévues, respectivement, aux articles L. 313-8 et L. 313-9.</p> <p>Tout service autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article a l'obligation d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa zone d'intervention autorisée, toute personne bénéficiaire des prestations mentionnées au même premier alinéa qui s'adresse à lui, dans des conditions précisées, le cas échéant, par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1.</p>	<p>Pour intervenir exercer l'activité d'aide et d'accompagnement auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 et de la prestation de compensation du handicap mentionnée à l'article L. 245-1, un service d'aide et d'accompagnement autonomie à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 doit y être autorisé spécifiquement s'il n'est pas détenteur de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale mentionnée à l'article L. 313-6. Cette autorisation peut être refusée ou retirée dans les conditions prévues, respectivement, aux articles L. 313-8 et L. 313-9.</p> <p>Tout service autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article a l'obligation d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa zone d'intervention autorisée, toute personne bénéficiaire des prestations mentionnées au même premier alinéa qui s'adresse à lui, dans des conditions précisées, le cas échéant, par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1.</p>
<p align="center">Article L. 313-8-1 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 313-8-1 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être assortie d'une convention.</p>	<p>L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être assortie d'une convention.</p>

<p>L'habilitation précise obligatoirement :</p> <p>1° Les catégories de bénéficiaires et la capacité d'accueil de l'établissement ou du service ;</p> <p>2° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;</p> <p>3° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables, ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués à la collectivité publique.</p> <p>Lorsqu'elles ne figurent pas dans l'habilitation, doivent figurer obligatoirement dans la convention les dispositions suivantes :</p> <p>1° Les critères d'évaluation des actions conduites ;</p> <p>2° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire ;</p> <p>3° Les conditions dans lesquelles des avances sont accordées par la collectivité publique à l'établissement ou au service ;</p> <p>4° Les conditions, les délais et les formes dans lesquels la convention peut être renouvelée ou dénoncée ;</p> <p>5° Les modalités de conciliation en cas de divergence sur l'interprétation des dispositions conventionnelles.</p> <p>La convention est publiée dans un délai de deux mois à compter de sa signature.</p> <p>L'établissement ou le service habilité est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui.</p> <p>Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1, la capacité d'accueil est exprimée uniquement en zone d'intervention.</p>	<p>L'habilitation précise obligatoirement :</p> <p>1° Les catégories de bénéficiaires et la capacité d'accueil de l'établissement ou du service ;</p> <p>2° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;</p> <p>3° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables, ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués à la collectivité publique.</p> <p>Lorsqu'elles ne figurent pas dans l'habilitation, doivent figurer obligatoirement dans la convention les dispositions suivantes :</p> <p>1° Les critères d'évaluation des actions conduites ;</p> <p>2° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire ;</p> <p>3° Les conditions dans lesquelles des avances sont accordées par la collectivité publique à l'établissement ou au service ;</p> <p>4° Les conditions, les délais et les formes dans lesquels la convention peut être renouvelée ou dénoncée ;</p> <p>5° Les modalités de conciliation en cas de divergence sur l'interprétation des dispositions conventionnelles.</p> <p>La convention est publiée dans un délai de deux mois à compter de sa signature.</p> <p>L'établissement ou le service habilité est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui.</p> <p>Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3, la capacité d'accueil est exprimée uniquement en zone d'intervention.</p>
<p align="center">Article L. 313-11-1 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 313-11-1 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>Les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 peuvent conclure avec le président du conseil départemental, dans les conditions prévues à l'article L. 313-11, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public. Le contrat précise notamment :</p> <p>1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;</p> <p>2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;</p> <p>3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;</p> <p>4° Les modalités de calcul de l'allocation et de la participation, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 232-4, des personnes utilisatrices et bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 ;</p> <p>5° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;</p> <p>6° Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés aux deux derniers alinéas de l'article L. 312-5 du présent code et par le schéma régional de santé mentionné à l'article L.</p>	<p>Les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 1° du I de l'article L. 312-1 peuvent conclure avec le président du conseil départemental, dans les conditions prévues à l'article L. 313-11, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public. Le contrat précise notamment :</p> <p>1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;</p> <p>2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;</p> <p>3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;</p> <p>4° Les modalités de calcul de l'allocation et de la participation, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 232-4, des personnes utilisatrices et bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 ;</p> <p>5° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;</p> <p>6° Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes</p>

<p>1434-3 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;</p> <p>7° Les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;</p> <p>8° Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;</p> <p>9° La nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;</p> <p>10° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;</p> <p>11° Les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites.</p> <p>Pour les services relevant du 1° du I de l'article L. 312-1 du présent code, les mentions prévues aux 4° et 6° du présent article ne sont pas applicables.</p>	<p>handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés aux deux derniers alinéas de l'article L. 312-5 du présent code et par le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;</p> <p>7° Les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;</p> <p>8° Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;</p> <p>9° La nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;</p> <p>10° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;</p> <p>11° Les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites.</p> <p>Pour les services relevant du 1° du I de l'article L. 312-1 du présent code, les mentions prévues aux 4° et 6° du présent article ne sont pas applicables.</p>
<p align="center">Article L. 313-12 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 313-12 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>I.-Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p> <p>I. bis.-(Abrogé)</p> <p>I ter.-(Abrogé)</p> <p>II.-Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret sont des petites unités de vie.</p> <p>Ces établissements peuvent déroger, dans des conditions fixées par décret, aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du I de l'article L. 314-2.</p> <p>III.-Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article.</p> <p>Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.</p> <p>L'exercice de leur mission de prévention donne lieu, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 du présent code ou le cas échéant au IV ter du présent article, à une aide dite " forfait autonomie ", allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait.</p> <p>Les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile.</p>	<p>I.-Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p> <p>I. bis.-(Abrogé)</p> <p>I ter.-(Abrogé)</p> <p>II.-Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret sont des petites unités de vie.</p> <p>Ces établissements peuvent déroger, dans des conditions fixées par décret, aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du I de l'article L. 314-2.</p> <p>III.-Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article.</p> <p>Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.</p> <p>L'exercice de leur mission de prévention donne lieu, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 du présent code ou le cas échéant au IV ter du présent article, à une aide dite " forfait autonomie ", allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait.</p> <p>Les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins autonomie à</p>

<p>Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues avec, d'une part, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au I du présent article et, d'autre part, au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile.</p> <p>Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.</p> <p>Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont prises en compte ni pour déterminer les seuils mentionnés au même I, ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie mentionné au présent III.</p> <p>(...)</p>	<p>Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues avec, d'une part, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au I du présent article et, d'autre part, au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins autonomie à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile.</p> <p>Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.</p> <p>Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont prises en compte ni pour déterminer les seuils mentionnés au même I, ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie mentionné au présent III.</p> <p>(...)</p>
<p>Intitulé actuel du chapitre VII du titre IV du livre III</p>	<p>Intitulé modifié du chapitre VII du titre IV du livre III</p>
<p>Services d'aide et d'accompagnement non habilités à l'aide sociale</p>	<p>Services d'aide et d'accompagnement autonomie non habilités à l'aide sociale</p>
<p>Article L. 347-1 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Article L. 347-1 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>Dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les prix des prestations de service sont librement fixés lors de la signature du contrat conclu entre le prestataire de service et le bénéficiaire. Le contrat est à durée indéterminée ; il précise les conditions et les modalités de sa résiliation.</p> <p>Les prix des prestations contractuelles varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, des personnes âgées et de l'autonomie compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services.</p> <p>Le président du conseil départemental peut fixer un pourcentage supérieur en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant de l'amélioration des prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation.</p>	<p>Dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les prix des prestations de service d'aide et d'accompagnement sont librement fixés lors de la signature du contrat conclu entre le prestataire de service et le bénéficiaire. Le contrat est à durée indéterminée ; il précise les conditions et les modalités de sa résiliation.</p> <p>Les prix des prestations contractuelles varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, des personnes âgées et de l'autonomie compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services.</p> <p>Le président du conseil départemental peut fixer un pourcentage supérieur en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant de l'amélioration des prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation.</p> <p>Les services peuvent appliquer un pourcentage d'évolution annuelle des prix supérieur à celui mentionné au deuxième alinéa lorsque le prix résultant de l'application de ce dernier taux demeure inférieur au tarif horaire arrêté par le département en application de l'article L. 232-3 et de l'article L. 245-6.</p>
<p>Article 49 actuel de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement</p>	<p>Article 49 modifié de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement</p>

Des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile peuvent être mises en œuvre avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'agence régionale de santé, à compter de la promulgation de la présente loi et pour une durée n'excédant pas deux ans, par :

a) Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

b) Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L. 313-1-2 du même code, dans le cadre d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou d'une convention de coopération prévus à l'article L. 312-7 dudit code.

Les actions de prévention qu'ils dispensent sont éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du même code.

La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du même code.

Ce contrat prévoit notamment :

1° La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;

2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires ou le forfait global déterminés par le président du conseil départemental ;

3° Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

4° Pour les activités de prévention, la définition des actions qui s'inscrivent notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi en fonction des objectifs poursuivis et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.

Les centres de santé relevant de l'article L. 6323-1 du même code peuvent développer avec les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés au premier alinéa du présent article ainsi qu'avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles des actions de coordination et de prévention prévues aux 1° et 4° du présent article.

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard, le 31 décembre 2017, un rapport d'évaluation des expérimentations menées en application du présent article. Cette évaluation porte notamment sur l'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et les éventuelles économies d'échelle réalisables au regard de la mutualisation des moyens.

~~Des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile peuvent être mises en œuvre avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'agence régionale de santé, à compter de la promulgation de la présente loi et pour une durée n'excédant pas deux ans, par :~~

~~a) Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;~~

~~b) Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L. 313-1-2 du même code, dans le cadre d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou d'une convention de coopération prévus à l'article L. 312-7 dudit code.~~

~~Les actions de prévention qu'ils dispensent sont éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du même code.~~

~~La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du même code.~~

~~Ce contrat prévoit notamment :~~

~~1° La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;~~

~~2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires ou le forfait global déterminés par le président du conseil départemental ;~~

~~3° Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;~~

~~4° Pour les activités de prévention, la définition des actions qui s'inscrivent notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi en fonction des objectifs poursuivis et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.~~

~~Les centres de santé relevant de l'article L. 6323-1 du même code peuvent développer avec les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés au premier alinéa du présent article ainsi qu'avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles des actions de coordination et de prévention prévues aux 1° et 4° du présent article.~~

~~Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard, le 31 décembre 2017, un rapport d'évaluation des expérimentations menées en application du présent article. Cette évaluation porte notamment sur l'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et les éventuelles économies d'échelle réalisables au regard de la mutualisation des moyens.~~

Article 31 – Transformer les EHPAD pour tirer les enseignements de la crise et inventer le modèle de demain

I. Présentation de la mesure

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

Les EHPAD sont actuellement limités dans leurs activités à une mission d'hébergement et d'accueil de personnes âgées dépendantes. Or, les différents rapports publiés depuis 2019¹ sur le secteur du grand âge, en particulier ceux faisant suite à la crise sanitaire², ont montré que le modèle de l'EHPAD devait être profondément rénové pour évoluer vers un établissement mieux articulé avec le secteur sanitaire, en particulier l'hôpital, qui puisse apporter un soutien tant humain que logistique aux acteurs du domicile, et aussi qui doit s'ouvrir vers l'extérieur en proposant davantage de prestations au bénéfice de personnes âgées sur son territoire (ex : prévention de la perte d'autonomie ou accompagnement renforcé pour éviter l'entrée en établissement).

À travers la présente mesure, un financement dédié permettra de soutenir l'ouverture des missions de l'EHPAD sur son environnement pour mieux s'adapter aux besoins des personnes âgées, accompagner leur environnement dans sa nécessaire montée en compétence, et contribuer à une meilleure articulation des parcours de santé entre l'hôpital et la ville. L'objectif du déploiement d'EHPAD centres de ressources territorial est double : d'une part, diffuser plus largement sur le territoire les compétences et ressources gérontologiques disponibles aujourd'hui en EHPAD afin d'en faire bénéficier les professionnels de la filière gérontologique ; et, d'autre part, offrir un appui renforcé aux personnes âgées qui, alors qu'une entrée en EHPAD semble inévitable, pourraient rester à domicile grâce à un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile. Par exemple, un tel accompagnement, mobilisant des ressources humaines de l'EHPAD, pourrait bénéficier à une personne qui serait sinon placée sur la liste d'attente d'un EHPAD ou bien à une famille hésitante qui, se renseignant à l'EHPAD, pourrait être orientée vers une telle solution de soutien à domicile sécurisée pour une personne en perte d'autonomie.

La loi est nécessaire pour enrichir ainsi les missions des EHPAD, prévues à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, et qui sont aujourd'hui limitées à l'hébergement et l'accueil des personnes âgées. Afin de consacrer ce rôle nouveau de l'EHPAD et de préciser le mode de financement de la mission de centre de ressources territorial, il est créé un nouvel article L. 313-12-3 du code de l'action sociale et des familles.

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

a) Mesure proposée

La présente mesure s'appuie sur plusieurs projets menés dans les territoires. D'une part, elle s'inspire des appels à candidature lancés par plusieurs ARS qui visent à ouvrir la possibilité aux EHPAD d'assurer, à côté de leur mission historique d'hébergement, une nouvelle mission de « centre de ressources territorial » en proposant une fonction d'appui, d'expertise et de soutien au territoire en lien avec les autres acteurs gérontologiques. D'autre part, elle trouve son origine dans l'expérimentation des dispositifs d'appui renforcé de soutien au domicile (DRAD) lancée dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018. Ces dispositifs consistent à mobiliser, en subsidiarité des acteurs du domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD notamment), une équipe généralement composée d'un temps de médecin coordonnateur, d'infirmier coordonnateur, d'ergothérapeute et d'aide-soignant de l'EHPAD, pour apporter un accompagnement renforcé à une personne âgée en perte d'autonomie souhaitant rester à domicile plutôt que d'entrer en établissement.

L'identification de l'EHPAD comme centre de ressources territorial permettra aux établissements volontaires d'assurer cette nouvelle mission selon deux types d'activités nouvelles (dans les murs et hors des murs de l'EHPAD) et à destination de deux publics nouveaux (professionnels de la filière gérontologique du territoire et personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement, ainsi que leurs aidants). Les nouvelles actions suivantes pourront être proposées :

- Dans les murs de l'EHPAD :

L'EHPAD pourra faire venir dans ses murs d'autres personnes que les résidents et leurs proches. Les professionnels du territoire pourront ainsi bénéficier des ressources (locaux, plateaux techniques, compétences...) de l'EHPAD. De plus, l'EHPAD pourra intervenir en appui des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques). Enfin, des personnes âgées ne résidant pas dans l'EHPAD ou des aidants pourront bénéficier des ressources disponibles dans l'établissement (consultations de spécialistes, repas collectifs, actions de prévention, etc.).

- Hors des murs de l'EHPAD :

L'EHPAD pourra également proposer un accompagnement renforcé hors de ses murs pour certaines personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif pour pouvoir rester à domicile. À ce titre, l'EHPAD pourra proposer, en complémentarité des autres acteurs intervenant auprès de la personne, des prestations d'accompagnement renforcé (sécurisation de l'environnement, gestion du parcours de soins, etc.).

Suite à l'évaluation de l'expérimentation DRAD et à l'inscription de cette nouvelle mission dans le CASF, les EHPAD et, éventuellement, à terme, les services à domicile, pourront proposer, dans le respect de leurs cœurs de métier respectifs,

¹ Not. Rapport issu de la concertation « Grand Age et Autonomie »

² Not. Étude du think tank Matières Grises « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui » de mai 2021

un accompagnement renforcé aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4). Ce dispositif s'adresse aux personnes qui souhaitent rester à domicile, mais pour lesquelles un accompagnement « classique » n'est plus suffisant, et qui, sans ce dispositif, devraient être orientées vers une entrée en institution. Le dispositif propose une coordination intégrée et renforcée des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée, tout en s'appuyant sur l'expertise d'un EHPAD dans l'accompagnement de la perte d'autonomie d'une personne âgée.

Ces prestations recouvrent principalement les domaines suivants :

- Sécurisation de l'environnement de la personne : surveillance et sécurité, adaptation et sécurisation du logement, mise en place de dispositif de téléassistance, organisation d'un service d'astreinte 24h/24 – 7j/7 ;
- Continuité du projet de vie : animation de la vie sociale collective et partagée en habitat inclusif, appui au parcours de vie, aide dans les démarches d'ouverture de droits, soutien des aidants ;
- Continuité des parcours et objectif d'éviter les hospitalisations non pertinentes ;
- Gestion des situations de crise : ruptures d'accompagnement, gestion des sorties d'hospitalisation des bénéficiaires ;
- Coordination renforcée : suivi des plans d'accompagnement et de soins, coordination des interventions, surveillance gériatrique partagée autour d'un enjeu fort autour des systèmes d'information (SI) partagés : E-parcours, ROR...

Des financements spécifiques seront octroyés par l'ARS pour permettre la mise en œuvre de ces nouvelles missions.

Cette évolution du rôle des EHPAD permettra d'accélérer les transformations portées par le plan d'investissement du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (pour un montant total de 2,1 Md€ sur la période 2021-2025 sur les volets immobilier et numérique).

Pour accompagner cette évolution des missions les EHPAD, la trajectoire financière de la branche autonomie proposée dans ce PLFSS prévoit enfin un accroissement du temps médical et soignant dans les EHPAD dès 2022, qui aura vocation à progresser chaque année avec le soutien de la CNSA.

Pour 2022, afin d'obtenir rapidement de premiers résultats dans le prolongement des enseignements de la crise sanitaire, et en complément d'une augmentation de l'investissement dans les soins en EHPAD du fait de la dégradation du niveau moyen de perte d'autonomie des résidents (comme le montre l'actualisation des « coupes PATHOS »), **un effort financier important sera concentré sur deux améliorations :**

- Le renforcement du temps de médecin coordonnateur dans les EHPAD. La crise sanitaire a mis en lumière l'implication décisive des médecins coordonnateurs. Cependant, la situation actuelle montre que le temps de présence obligatoire reste très disparate, puisqu'il est compris entre 0,25 et 0,8 ETP en fonction du nombre de places dans l'établissement. Les retours d'expérience de la crise sanitaire mettent en avant la nécessité de garantir a minima deux jours par semaine de présence médicale dans les établissements ;
- Le déploiement des astreintes infirmières de nuit en EHPAD : l'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) a mis en avant l'impact décisif d'une présence soignante la nuit en terme d'amélioration de l'accompagnement nocturne des résidents et de réduction des hospitalisations en urgence évitables. L'expérimentation actuelle a permis sur 3 ans de financer une astreinte infirmière de nuit qui couvre 40 % des EHPAD fin 2020. Il est proposé un abondement supplémentaire sur deux ans pour atteindre une généralisation d'ici 2023 de ces astreintes.

Enfin, des enveloppes seront également consacrées au développement de structures d'appui du sanitaire au bénéfice du secteur médico-social avec le déploiement d'équipes mobiles d'hygiène et de gériatrie dans les EHPAD.

b) Autres options possibles

L'option de modifier les autorisations a été exclue dans la mesure où l'enjeu est d'apporter un appui aux services autonomie à domicile, et non pas d'intervenir en leurs lieu et place.

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

L'inscription en PLFSS des mesures visant à créer une nouvelle mission de « centre de ressources territorial » pour les EHPAD se justifie au regard du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où elles ont un effet sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base (branche autonomie). La nouvelle mission de centre de ressources territorial sera financée via des financements complémentaires des EHPAD relevant de l'objectif global de dépenses (OGD).

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités européens ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Le présent article crée un nouvel article L. 313-12-3 du code de l'action sociale et des familles et modifie l'article L. 314-2 du même code relatif à la tarification des EHPAD, en particulier s'agissant des financements complémentaires qu'ils peuvent recevoir des ARS.

Les missions des EHPAD, prévues par l'article D. 312-155-0 du CASF, devront être élargies pour prévoir les actions pouvant être conduites par un EHPAD centre de ressources territorial. Cette nouvelle mission donnera lieu à un financement complémentaire prévu à l'article R. 314-163 du CASF, selon des modalités analogues au financement de l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou encore les pôles d'accueil spécialisés adaptés (PASA) ou les unités d'hébergement renforcées (UHR).

Cette extension des missions s'appuierait sur un appel à manifestation d'intérêt/appeil à candidatures piloté par l'ARS et un avis positif conjoint de l'ARS et du Conseil départemental (CD). Cet appel à manifestation d'intérêt (AMI) ou appel à candidature (AAC) reposerait sur un cahier des charges qui décrirait le fonctionnement d'un EHPAD « centre de ressources territorial ». Ce cahier des charges préciserait les critères d'éligibilité, les critères de recevabilité et les critères de sélection de l'EHPAD pour élargir ses missions.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

En vertu du principe d'identité législative, les dispositions modifiées du titre III du code de l'action sociale et des familles sont d'application directe en Guadeloupe, Guyane, Martinique, à La Réunion, à Mayotte avec les adaptations mentionnées à l'article L. 543-1 du CASF ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et en Polynésie Française.

En revanche, ces dispositions ne sont pas applicables en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna et dans les terres antarctiques et australes françaises en vertu du principe de spécialité législative.

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Application directe</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Application directe</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Application directe</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Application directe</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Application directe en Polynésie française Inapplicable à Wallis et Futuna, en Nouvelle-Calédonie et dans les TAAF</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les ARS se verront déléguer des crédits pour accompagner l'évolution des EHPAD vers la nouvelle mission de « centre de ressources territorial ». Dans le cadre de leur dialogue avec les établissements et en fonction des besoins locaux,

elles pourront soutenir l'innovation et les nouveaux modes d'intervention des professionnels des EHPAD. La réalisation et le financement de ces nouvelles actions devront être intégrés au CPOM de l'EHPAD.

Les ARS pourront allouer une dotation annuelle moyenne d'environ 100 000 € par EHPAD pour remplir la mission de « centre de ressources territorial » (ce montant correspond au plafond inscrit dans les appels à candidature de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et de l'ARS Occitanie pour l'expérimentation du dispositif).

16 M€ sont ainsi prévus en 2022 pour financer environ un EHPAD-centre de ressources territorial par département. Ces crédits seront progressivement augmentés pour atteindre 65 M€ en 2025.

Dans le cadre de l'expérimentation des dispositifs d'appui renforcé au domicile (DRAD), l'accompagnement renforcé des personnes à domicile donne lieu à un financement forfaitaire d'environ 1 000 € par mois et par bénéficiaire. La généralisation de l'expérimentation prévue par cet article permettrait de proposer un accompagnement renforcé à 1 % des personnes âgées dont la perte d'autonomie est la plus sévère (GIR 1 et 2), soit 2 000 places en 2030, compte tenu des projections démographiques. La mesure monterait progressivement en charge sur 5 ans, avec la création de 350 places par an en moyenne. L'enveloppe de crédits est estimée à 4 M€ en 2022 et 2023 avec une augmentation progressive pour atteindre 13 M€ en 2025.

Organismes impactés : (Régime, branche, fonds)	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Finances publiques		20	35	56	78
Régime général/ROBSS/autre		20	35	56	78
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie		20	35	56	78

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

a) Impacts économiques

L'élargissement des missions de l'EHPAD pour en faire des centres de ressources territorial aura un impact favorable sur les carrières des professionnels de ces établissements. Les nouvelles missions à réaliser pourront permettre un gain de compétences.

b) Impacts sociaux

La mesure proposée vise à mieux répondre aux besoins de l'ensemble des publics fragiles accompagnés par les établissements, qu'il s'agisse de personnes âgées en perte d'autonomie ou simplement fragiles. L'EHPAD centre de ressources territorial permettra de diffuser largement sur le territoire l'expertise gérontologique de cet établissement.

c) Impact sur les jeunes

Des actions intergénérationnelles pourront être portées par un EHPAD centre de ressources territorial, au bénéfice des liens entre générations.

d) Impact sur les personnes en situation de handicap

Du point de vue des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et de leurs aidants, l'élargissement des missions de l'EHPAD pourra contribuer à un meilleur accompagnement.

e) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Les personnes âgées ne résidant pas dans l'EHPAD pourront bénéficier des prestations de l'EHPAD. Cette nouvelle mission permettra d'éviter des entrées en établissements à des personnes qui, se sachant dépendantes, se résignent à devenir résidents d'EHPAD. Les dispositifs renforcés d'accompagnement permettront aux personnes le souhaitant de rester aussi longtemps que possible à leur domicile et, souvent, de ne pas être séparées de leur conjoint ou de leur conjointe.

Les professionnels du territoire pourront également bénéficier d'actions portées dans le cadre de l'EHPAD centre de ressource territorial : formation, échanges de bonnes pratiques entre pairs, campagnes de vaccination, etc.

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

Ces financements seront alloués après un appel à manifestation d'intérêt/appeal à candidatures géré par l'ARS. A l'issue de cette procédure, la mission de centre de ressources territorial devra figurer sur l'arrêté d'autorisation.

Dans le cadre des prestations mises en œuvre, l'ARS veillera à ce que l'EHPAD établisse les partenariats utiles notamment avec les autres établissements sanitaires ou médico-sociaux, les acteurs de la prévention, les professionnels du domicile ou encore les acteurs associatifs de son territoire d'intervention.

La zone d'intervention de l'EHPAD centre de ressources sera définie en cohérence avec les territoires de parcours des personnes âgées tels que prévus dans les projets régionaux de santé. Dans ce cadre, l'ARS veillera à porter une attention particulière à l'articulation avec l'offre d'expertise déjà existante : équipes mobiles gériatriques, consultations gériatriques, consultations mémoires, centres experts, dispositifs d'appui à la coordination (DAC), etc.

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 au premier trimestre 2022 pour modifier l'article D. 312-155-0 sur les missions des EHPAD.

Arrêté fixant le cahier des charges de l'EHPAD centre de ressources, dans son volet « dans les murs » et « hors les murs » courant 2022.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le développement de la nouvelle mission d'EHPAD centre de ressource territorial fera l'objet d'une évaluation par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) deux ans après le début de sa mise en œuvre.

A cette fin, une enquête sera réalisée par la DGCS auprès des ARS. A l'issue de cette évaluation, une révision du cahier des charges pourra être réalisée pour tenir compte des retours d'expérience des ARS et des besoins identifiés dans les territoires.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article L. 313-12-3 nouveau du code de l'action sociale et des familles</p>
	<p>Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 peuvent assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire, des actions visant à :</p> <p>1° Appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations ou de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ;</p> <p>2° Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. A ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile.</p> <p>Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires mentionnés à l'article L. 314-2.</p>
<p align="center">Article L. 314-2 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 314-2 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>I.-Les établissements et services mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 sont financés par :</p> <p>1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents mentionnés à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières, définis dans le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits mentionnés aux 2° et 3° du présent I. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.</p> <p>2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat, fixé par un arrêté du président du conseil départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;</p> <p>3° Des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à</p>	<p>I.-Les établissements et services mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 sont financés par :</p> <p>1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents mentionnés à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3, définis dans le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits mentionnés aux 2° et 3° du présent I. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.</p> <p>2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat, fixé par un arrêté du président du conseil départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;</p> <p>3° Des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de</p>

<p>l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et 2°.</p> <p>Un décret fixe la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement, qui est dite " socle de prestations ".</p> <p>Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1, à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.</p> <p>Les tarifs correspondant aux autres prestations d'hébergement et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.</p> <p>II.-Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement.</p>	<p>l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et 2°.</p> <p>Un décret fixe la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement, qui est dite " socle de prestations ".</p> <p>Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1, à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.</p> <p>Les tarifs correspondant aux autres prestations d'hébergement et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.</p> <p>II.-Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement.</p>
--	---

Article 32 – mieux piloter la politique d'autonomie par la création d'un système d'information national pour la gestion de l'APA

I. Présentation de la mesure

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

Les départements utilisent aujourd'hui leurs propres systèmes d'information pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Ils recourent soit à des sociétés de service informatique (cas de plus de 90 % des départements), soit développent leur propre système d'information. Dans les faits, l'informatisation de l'APA dans les départements repose aujourd'hui principalement sur trois éditeurs.

Cette organisation présente plusieurs inconvénients, qui font obstacle à l'objectif d'égalité de traitement attaché à la création de la 5^{ème} branche pour les personnes âgées partout sur le territoire :

- **La coexistence de systèmes d'information propres aux départements conduit à un déploiement des évolutions légales et réglementaires hétérogène sur le territoire**, tant en termes de méthode et de résultats que de délais. Par exemple, d'après des travaux réalisés par l'Agence du numérique en santé (ANS), le référentiel d'évaluation multidimensionnelle prévu par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)¹, pour l'évaluation de la situation et des besoins des personnes âgées, présentait encore, un an après son instauration par l'arrêté du 5 décembre 2016, un degré d'intégration dans les systèmes d'information et d'utilisation très hétérogène entre les départements ;

De même, le rapport IGAS sur la mise en œuvre de la loi ASV² soulignait que : « Les départements consultés par la mission ont, dans la plupart des cas, insisté sur les délais d'adaptation de leur système d'information et sur les modules qui devaient être livrés par les sociétés de service informatique pour mettre en œuvre ces dispositions. Dans l'ensemble, ils ont souligné le fait, qu'en pratique, ces sociétés n'engagent pas d'investissements ou, dans le meilleur des cas, peu d'investissements en l'absence de publication des textes réglementaires » ;

- **La pluralité des systèmes d'information se traduit également par un niveau d'informatisation inégal des processus de gestion de l'APA entre les départements**, concernant, selon les travaux de l'ANS précités, tant l'instruction des demandes, l'évaluation des besoins que la proposition du plan d'aide. Les pratiques professionnelles étant fortement liées aux outils informatiques, il en résulte d'importantes disparités entre les départements, dont des durées variables consacrées à l'évaluation, au préjudice de l'égalité de traitement entre les personnes âgées. Ainsi, d'après un diagnostic de l'informatisation de l'APA dans les départements, réalisé par la CNSA et l'ANS en septembre 2019, 82 % des départements ayant répondu à l'enquête expriment ainsi le besoin d'un soutien national pour l'accompagnement de l'informatisation de l'APA ;
- **Enfin, les remontées de données à la CNSA relatives à l'APA se limitent aujourd'hui aux seules données agrégées de dépenses**, visant à permettre le calcul des concours de la CNSA aux départements. La CNSA ne dispose ainsi pas de remontées de données qui lui permettraient d'identifier les différences de pratiques entre les départements et d'animer les conditions d'une plus forte homogénéisation, de même que de mesurer l'exécution effective des réformes engagées et les évolutions à soutenir pour améliorer l'autonomie des personnes âgées. Les seules données individuelles disponibles au niveau national sont celles collectées chaque année par enquête de la DREES à des fins d'études statistiques. La qualité des données collectées apparaît toutefois perfectible (données manquantes, incohérences entre les données, etc.), ce qui nécessite d'importants travaux de retraitement et prive l'ensemble des parties prenantes d'une vision fine des résultats obtenus et des ajustements à apporter le cas échéant à la politique de l'autonomie.

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

a) Objectifs poursuivis

Le présent article vise à permettre la création d'un système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'APA à domicile. Les départements seraient progressivement tenus de mobiliser ce système d'information, pour la fourniture duquel la CNSA disposerait d'un droit exclusif.

Ce système d'information répondrait directement aux objectifs de la branche autonomie, et aurait pour principal objectif de contribuer au renforcement de l'égalité de traitement³ entre les personnes âgées partout sur le territoire, en permettant :

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Rapport IGAS-IGA, Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile, Tome I, septembre 2017.

³ Malgré la libre administration des collectivités territoriales, le conseil constitutionnel considère qu'il revient au législateur de prévenir par des dispositions appropriées la survenue de ruptures caractérisées d'égalité dans l'attribution de prestations sociales relevant de la solidarité nationale (voir par exemple la décision n° 96-387 DC du 21 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance remplacée en 2002 par l'APA).

- Le déploiement rapide et simultané dans tous les départements des évolutions légales et réglementaires relatives à l'APA, afin de permettre une application rapide et uniforme des droits au bénéfice des personnes âgées et de leurs proches aidants ;
- L'harmonisation des processus de gestion de l'APA entre les départements, afin de favoriser la convergence des pratiques professionnelles ;
- L'organisation régulière de remontées de données homogènes à la CNSA sur la gestion de l'APA, afin d'identifier les différences de pratiques entre les départements et d'être mieux à même de les accompagner et de les inciter à la convergence, par le biais notamment de la contractualisation entre la CNSA et chacun des départements. En cela, il s'agit aussi d'un levier pour renforcer la capacité de la CNSA à accompagner les départements, s'agissant d'une prestation soutenant l'autonomie des personnes âgées à domicile et au financement de laquelle la Caisse concourt en partie.

Les remontées de données issues du système d'information bénéficieront également à la DREES, lui permettant de consolider le dispositif d'observation statistique global de l'autonomie.

Par ailleurs, le système d'information sera interfacé avec le téléservice unique pour les demandes d'APA et d'accompagnement par les caisses de retraite, en cours de développement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et qui contribuera à faciliter les démarches des usagers et de leurs aidants ainsi que le suivi personnalisé de leur parcours.

b) Options envisagées

Deux options pouvaient être envisagées :

- Un système d'information unique fourni par un acteur public national et d'utilisation obligatoire par les départements ;
- L'harmonisation de systèmes d'information propres aux départements, fournis par des éditeurs privés de logiciels ou développés en propre.

c) Option retenue

L'option d'un système d'information unique pour les départements a été retenue au regard des inconvénients que présente la seconde option.

L'harmonisation de systèmes d'information distincts est en effet la solution qui avait été choisie par la loi ASV de 2015 précitée pour les systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (projet « SI MDPH »). Cette harmonisation a notamment consisté en :

- La publication d'un cadre national, fonctionnel et technique auquel les MDPH et les éditeurs de logiciels doivent se conformer ;
- La mise en place d'une démarche de vérification de la conformité des systèmes d'information au cadre national (label « SI commun MDPH ») ;
- Un accompagnement de la CNSA auprès des éditeurs de logiciels et des MDPH tout au long du projet.

Alors que le premier palier du SI MDPH est aujourd'hui déployé, celui-ci n'a pas permis immédiatement d'harmoniser les systèmes d'information. En effet, ont été encore constatés pendant un certain temps des niveaux de mise à jour différents des systèmes d'information entre les éditeurs de logiciel, faisant obstacle tant à une application uniforme du droit (relatif notamment à la prestation de compensation du handicap – PCH) qu'à des remontées de données homogènes pour l'ensemble des départements. Cette solution ne permet donc pas de répondre le plus rapidement possible aux constats précédemment évoqués s'agissant de la gestion de l'APA et alors que la cinquième branche de sécurité sociale est déjà effective. Cette solution a donc été écartée.

Il est ainsi proposé la mise en œuvre d'un système d'information unique, développé par un acteur public national, auquel les départements recourraient nécessairement. En cohérence avec ses missions de caisse nationale de la nouvelle branche autonomie, la fourniture de ce système d'information serait confiée à la CNSA.

Ce système d'information aurait vocation à couvrir l'ensemble des procédures nécessaires à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de l'APA à domicile par les départements : l'instruction du dossier (dont la vérification de la complétude des pièces) ; l'évaluation du degré de perte d'autonomie ; l'élaboration du plan d'aide pour l'accompagnement du bénéficiaire à domicile ; la notification et la transmission du plan d'aide ; la mise en œuvre du plan d'aide (dont l'envoi du plan au prestataire) ; le contrôle de l'effectivité et le paiement ; le suivi du dossier (dont les demandes de révision du plan d'aide).

Il permettrait par ailleurs, à des fins de pilotage national, la mise en œuvre de remontées automatisées de données à la CNSA concernant l'attribution et la gestion de l'APA, les dépenses associées ainsi que les caractéristiques et les niveaux de ressources de ses bénéficiaires. Pour leur part, les données relatives à l'APA aujourd'hui collectées par la DREES pourraient en tout ou partie être directement extraites du système d'information.

La conception du système d'information serait respectueuse de la nécessaire articulation avec les autres systèmes d'information utilisés par les départements, par exemple ceux consacrés à la gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Le principal scénario de maîtrise d'œuvre envisagé à ce stade pour la réalisation du projet par la CNSA représente un coût total estimé à environ 50 M€ en cumul, coûts de migration compris. Ce coût aurait vocation à être financé par la branche autonomie. N'ayant pas vocation à être refacturé aux départements, de même que les dépenses ultérieures de fonctionnement, il se substituerait à ceux supportés aujourd'hui par les départements pour se fournir auprès des éditeurs privés de logiciels ou réaliser des développements en propre.

Ce chantier devra être inscrit dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la CNSA, qui sera signée fin 2021, et le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) associé, dont le SI APA serait alors l'un des éléments majeurs.

Enfin, la conception de ce nouveau système d'information sera réalisée en association étroite avec les départements aux niveaux stratégique et opérationnel. Les conseils départementaux seront impliqués à toutes les étapes du programme, de la phase préparatoire jusqu'au déploiement effectif. À l'issue d'une phase pilote menée avec des départements volontaires, le déploiement au niveau national se fera de manière progressive et les départements bénéficieront d'un accompagnement de la CNSA pour la bascule vers le nouveau système d'information.

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

L'inscription de la mesure en PLFSS se justifie par ses effets permanents, au titre d'abord des coûts de développement puis de maintenance, de ce projet informatique sur les dépenses de gestion administrative de la CNSA, et par conséquent sur les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale).

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

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

Le conseil de l'UNOCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

Une demande de conseil a enfin été adressée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La compétence attribuée à la CNSA pour la fourniture aux départements d'un système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'APA est compatible avec le droit de la concurrence. Les personnes publiques ont en effet toujours la possibilité d'accomplir les missions de service public qui leur incombent par leurs propres moyens et le droit de la concurrence ne saurait y faire obstacle (voir par exemple la décision du Conseil d'État du 26 octobre 2011, Association pour la promotion de l'image et autres, n° 317827 317952 318013 318051, Rec. p. 506, concl. Boucher).

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

a) Possibilité de codification

La création du système d'information conduit à modifier l'article L. 14-10-1 et à créer un article L. 232-21-5 dans le code de l'action sociale et des familles (CASF).

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. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût du développement du système d'information est évalué par l'Agence du numérique en santé (ANS) à 7 M€ la première année, soit 2022. Il monte en charge progressivement jusqu'en 2024 (21 M€). Le coût de la maintenance les années suivantes serait compris entre 5 et 10 M€ par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Finances publiques		-7	-17	-21	-10
Régime général/ROBSS/autre		-7	-17	-21	-10
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie		-7	-17	-21	-10
Création du SI APA		-7	-17	-21	-10

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

a) Impacts économiques

La création de ce système d'information aurait pour effet de mettre fin à la fourniture aux départements de systèmes d'information consacrés par les éditeurs privés de logiciels.

b) Impacts sociaux

La création de ce système d'information a pour objectif de contribuer au renforcement de l'égalité de traitement entre les personnes âgées partout sur le territoire.

• 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 création de ce système d'information a pour objectif de contribuer au renforcement de l'égalité de traitement entre les personnes âgées partout sur le territoire. Par ailleurs, le système d'information sera interfacé avec le téléservice unique pour les demandes d'APA et d'accompagnement par les caisses de retraite, en cours de développement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et qui contribuera à faciliter les démarches des usagers et des leurs aidants ainsi que le suivi personnalisé de leur parcours.

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

Concernant les départements, le déploiement de ce système d'information suppose qu'ils préparent la fin de leurs relations contractuelles avec les éditeurs privés de logiciels pour ceux qui y avaient recours pour leur système d'information de gestion de l'APA. De même, elle requiert que les départements prévoient le moment venu la migration de leur système d'information existant vers le système d'information unique.

Concernant la CNSA, il lui reviendra de mener à bien la conduite du projet informatique.

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

La mesure attribuée à la CNSA une mission nouvelle pour laquelle des moyens supplémentaires pourront être accordés dans le cadre de la prochaine COG État-CNSA.

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 dispositions réglementaires d'application sont nécessaires pour préciser les modalités de mise en œuvre du projet de système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'APA et créer le traitement de données à caractère personnel associé (d'ici 2023, afin de sécuriser le projet).

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

La mise en œuvre de cette mesure sera suivie dans le cadre du suivi de la COG État-CNSA.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 14-10-1 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 14-10-1 modifié du code de l'action sociale et des familles
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :</p> <p>1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;</p> <p>2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. A ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine. Elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du présent code et aux maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;</p> <p>4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;</p> <p>5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :</p> <p>1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;</p> <p>2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. A ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique, dont le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mentionné à l'article L. 232-21-5. Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine. Elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du présent code et aux maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;</p> <p>4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;</p> <p>5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment</p>

<p>7° De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels.</p>	<p>en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;</p> <p>7° De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels.</p>
	<p>Article L. 232-21-5 nouveau du code de l'action sociale et des familles</p>
	<p>Les départements et, le cas échéant, les institutions et organismes avec lesquels des conventions sont conclues en application de l'article L. 232-13, ont recours pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile à un système d'information unique mis à leur disposition par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>Ce système d'information unique a pour finalités :</p> <p>1° De mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes et à leur instruction, à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de cette prestation ;</p> <p>2° D'assurer le suivi et l'analyse de ces procédures, des dépenses afférentes à cette prestation ainsi que des caractéristiques de ses bénéficiaires.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de données traitées et les règles d'utilisation de ce système d'information unique.</p>

I. Présentation de la mesure

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

L'accès rapide des patients aux produits de santé innovants et répondant à un besoin thérapeutique est une préoccupation constante du Gouvernement. Ainsi ont été créés et modifiés pour mieux répondre à cet objectif, depuis plusieurs années, les dispositifs d'accès précoce relatifs aux médicaments, aux dispositifs médicaux et prestations associées, et celui du forfait innovation encore plus en amont de la vie du produit avec une prise en charge conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique.

La présente mesure poursuit plusieurs objectifs.

• L'accès aux dispositifs médicaux innovants, notamment en matière de numérique en santé, peut être amélioré

Dans le cadre du PIA4 et du volet innovation du plan de relance, l'État a identifié des marchés cibles à fort potentiel de croissance et répondant à des enjeux sociétaux majeurs dont celui de la **santé numérique**.

Le champ des solutions numériques est vaste et hétérogène : à usage collectif ou à usage individuel permettant le traitement, la prévention, le dépistage, l'aide au diagnostic ou l'amélioration de l'observance du patient. Elles permettent notamment de **réorganiser la prise en charge au bénéfice du patient** et d'augmenter le temps médical et la productivité des professionnels de santé.

L'objectif de la mesure est de permettre l'accès des patients aux solutions les plus innovantes à travers des voies de financement facilement identifiables pour les acteurs et simples d'accès, dont certaines auront pu être développées grâce à des financements dans le cadre du PIA4, tout en garantissant la qualité et l'intérêt des produits qui sont mis à disposition des patients.

Pour cela, certains ajustements relatifs à la procédure d'accès à une prise en charge assurance maladie sont pertinents en raison de la spécificité identifiée de ces solutions numériques : un secteur porté principalement par des start-ups ayant des réserves de financement limitées avec un cycle de recherche et développement différent des autres produits de santé.

En effet, le délai d'accès à une prise en charge réglementairement prévu de 180 jours dans le cadre d'une inscription sur la liste des produits et prestations (LPP) peut sembler important au regard des cycles de développement de ce type solutions numériques, et une attente trop longue pourrait ne pas être absorbable par certaines petites entreprises alors qu'elles ont développé des solutions pour lesquels les besoins thérapeutiques sont clairs.

Par ailleurs, il existe certains dispositifs dérogatoires d'accès à une prise en charge anticipée existants mais insuffisamment adaptés tels que :

Le Forfait innovation : il permet un accès sécurisé à des innovations de rupture aux patients tout en colligeant de manière structurée et encadrée les données cliniques et/ou médico-économiques manquantes qui permettront de prendre une décision ultérieure de prise en charge plus robuste et pérenne. Le forfait innovation est donc un pari « éclairé » sur une innovation à fort potentiel pour laquelle la collectivité est prête à engager une approche transitoire du type « payer pour voir » au lieu de l'approche de droit commun « payer en fonction de la valeur démontrée » dans le cadre d'une étude dont le financement est en partie assuré par l'Assurance maladie.

Néanmoins, il apparaît nécessaire, en présence de nouvelles modalités de financements dérogatoires (accès transitoire prévu à l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale notamment) de réaffirmer le positionnement du forfait innovation dans la stratégie nationale de soutien à la recherche et à l'innovation et de faire le bilan des difficultés observées dans l'accès au forfait innovation :

- manque de lisibilité sur le positionnement du dispositif dans l'écosystème ;
- manque de prévisibilité sur le modèle économique en raison de critères de fixation des prix mal connus pour ce dispositif qui entraîne des négociations difficiles entre les pouvoirs publics et les industriels ;
- nécessité de sécuriser le risque pris par l'assurance maladie et donc de renforcer l'engagement de mener à terme l'étude et de mettre à disposition le produit pour les patients français à l'issue de la prise en charge précoce si les résultats de l'étude associés sont positifs.

Le dispositif de prise en charge transitoire : il permet un accès anticipé à un financement pour certains dispositifs médicaux innovants lorsque le besoin médical est caractérisé que cela soit pour une maladie grave, rare ou une compensation de handicap et pour un usage dans le cadre hospitalier.

Ainsi, il s'agirait de mettre en place un dispositif inspiré de ceux actuellement existants mais adapté aux solutions numériques ayant vocation à être inscrites sur la LPP et de clarifier les modalités du forfait innovation dans ce nouveau paysage de prise en charge anticipée de l'innovation.

• La réforme de l'accès précoce et compassionnel des médicaments issue de la LFSS pour 2021 peut utilement être complétée au regard des concertations menées en 2021 sur les textes d'application

L'article 78 de la LFSS pour 2021 a permis une refonte totale du système de prise en charge des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) avec la mise en place de deux mécanismes d'accès et de prise en charge :

- l'accès précoce qui vise les médicaments présumés innovants pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une AMM ;
- l'accès compassionnel qui vise les médicaments qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM nationale ou centralisée mais qui répondent de façon efficace à un besoin non couvert.

Cette réforme est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021 à la suite de la publication de l'ensemble des textes réglementaires d'application.

La concertation lors de la préparation de ces textes d'application a permis de mettre en lumière quelques modifications législatives pertinentes afin de parfaire et de promouvoir le nouveau système mis en place. Il s'agit de modifications relatives à la promotion des médicaments une fois l'AMM obtenue, de précisions sur le circuit de dispensation lors des continuités de traitement, ainsi que sur le devenir d'accès compassionnels lorsqu'une recherche impliquant la personne humaine est mise en place.

• Les médicaments de thérapie innovantes préparés ponctuellement (MTI-PP) par certains établissements de santé, sur autorisation par l'ANSM, peuvent générer un coût élevé de production pour ces établissements

Les médicaments de thérapie innovantes préparés ponctuellement (MTI-PP) sont définis par les dispositions du 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique (CSP) qui transposent en droit français les dispositions du 7e de l'article 3 de la directive 2001/83/CE. Celles-ci précisent que les médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement sont des médicaments tels que définis dans le règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, et qu'ils sont fabriqués en France selon des normes de qualité spécifiques et utilisés dans un hôpital en France, sous la responsabilité d'un médecin, pour exécuter une prescription médicale déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé.

Ces médicaments font l'objet d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), appelée « autorisation de médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement (MTI PP) » dont les conditions d'obtention sont fixées par les articles R. 5121- 209 et suivants du CSP, après évaluation par l'Agence de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité desdits médicaments.

En application de l'article L. 4211-9-1 du même code, seuls les établissements ou organismes autorisés par le directeur général de l'ANSM peuvent assurer la préparation, la conservation, la distribution, la cession, l'importation et l'exportation dans le cadre des recherches définies à l'article L.1121-1, des médicaments de thérapie innovante mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1. Au 30 juillet 2020, 8 établissements ou organismes sont autorisés par l'ANSM.

Quatre autorisations de MTI PP ont été délivrées par l'ANSM. Cependant, ces productions peuvent représenter un coût important pour les établissements de santé et à ce jour, aucune prise en charge spécifique par l'assurance maladie n'est prévue.

Il est donc proposé de combler ce vide juridique pour prévoir un cadre de financement et de prise en charge spécifique pour ces médicaments.

• La procédure pour la fixation du prix des médicaments inscrits sur la liste rétrocession doit être revue à la suite du transfert de la gestion de la liste à l'ANSM

Conformément à l'article L.5126-6 du CSP, la liste des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une autorisation d'accès précoce (AAP) qui peuvent, pour des raisons de santé publique, être vendus au public au détail par des pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées est communément appelée "liste de rétrocession".

Les médicaments inscrits sur cette liste présentent notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration ou nécessitent un suivi de la prescription ou de la délivrance. Figurent notamment sur cette liste les médicaments dérivés du sang, les antirétroviraux, les médicaments des hépatites B ou C chroniques, les antirétroviraux, des antibiotiques, des antifongiques, des médicaments orphelins, des anticancéreux...

Le transfert à l'ANSM de la gestion de la liste de rétrocession par la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique soulève des difficultés de mise en œuvre des dispositions relative à la fixation du prix des médicaments inscrits sur cette liste.

Cet article prévoit en effet que le prix de cession des médicaments inscrits sur la liste est fixé par convention ou par décision du comité économique des produits de santé (CEPS) dans un délai de 75 jours à compter de la date d'inscription du médicament sur cette liste.

Les textes en vigueur ne prévoyaient pas de dépôt par le laboratoire d'une demande de prise en charge auprès des autorités ministérielles du médicament au titre de la rétrocession du fait que l'inscription sur cette liste n'intervenait qu'après la publication de l'avis de la Commission de la Transparence (CT) de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la demande d'inscription du médicament sur la seule liste collectivités du médicament.

Du fait du transfert de la gestion de la liste à l'Agence, la détermination du circuit de dispensation des médicaments au regard des critères de santé publique fixés par le CSP sera réalisée par l'Agence à l'occasion de la fixation des conditions de prescription et de délivrance (CPD) du médicament. Les CPD sont en effet déterminées par l'Agence au moment de l'octroi de l'AMM. La fixation des CPD, qui sont reprises notamment sur le conditionnement extérieur du médicament, est une étape préalable à la commercialisation d'un médicament en France.

Dès lors que le circuit de dispensation officines de ville/pharmacies à usage intérieur sera désormais décidé par l'ANSM au moment de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), il convient donc de revoir la procédure de demande de prise en charge et de fixation du prix de ces médicaments.

Par ailleurs, le 9° de l'article 29 de la loi susmentionnée a modifié l'article L. 5123-2 du CSP pour prévoir la non recevabilité d'une demande d'inscription sur la liste collectivités d'un médicament non classé dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier dès lors qu'elle n'est pas accompagnée d'une demande d'inscription sur la liste ville (prise en charge lorsque dispensation en officine).

Or, le transfert de la gestion de la liste rétrocession conduit à ce que le directeur général de l'ANSM décide désormais de l'inscription d'un médicament sur cette liste dès l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché.

Dans ce contexte, il serait paradoxal de conditionner la recevabilité d'une demande d'inscription d'un médicament sur la liste collectivités au dépôt d'une demande d'inscription de ce même médicament sur la liste ville pour les médicaments inscrits par l'Agence sur la liste de rétrocession lors de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché.

• **La suppression du coefficient de minoration des spécialités pharmaceutiques en SSR**

Il est prévu dans le modèle de financement des activités de SSR un compartiment dédié à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques couteuses. Le montant de ce compartiment est fixé annuellement dans l'objectif de dépenses conformément à l'article L. 162-23.

Les spécialités sont remboursées à l'établissement sur la base d'une facture dès lors que ce médicament est inscrit sur une liste prévue par l'article L. 162-23-6.

Ce remboursement est aujourd'hui soumis à un mécanisme prudentiel basé sur l'application d'un coefficient prévu au même article. La présente mesure vise à le supprimer à compter du 1^{er} janvier 2022.

Le coefficient prudentiel tel que prévu actuellement dans la loi présente un risque de blocage dans les transferts de patients venant du champ MCO vers le champ SSR si les molécules onéreuses ne sont pas remboursées en totalité et font ainsi peser un risque financier pour les ES SSR. Par ailleurs, il présente une iniquité par rapport au champ MCO pour lequel ce coefficient n'existe pas. Enfin, l'ensemble des acteurs fait consensus pour demander sa suppression pour les raisons évoquées précédemment.

Au demeurant, ce coefficient n'a jamais été appliqué puisque les molécules étaient jusqu'à présent financées au sein de la dotation annuelle de financement ou des prix de journée en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à :

• **Créer un dispositif de prise en charge anticipée adapté aux innovations dans le champ du numérique en santé**

Un accès au remboursement anticipé et temporaire d'un an non renouvelable permettra de garantir l'accès rapide à l'innovation tout en exigeant des entreprises de fournir les données nécessaires à l'évaluation de leur prise en charge. Il est réservé aux activités de télésurveillance médicale s'appuyant sur un dispositif médical numérique, comme annoncé dans l'étude d'impact de la mesure proposant le dispositif de droit commun de la télésurveillance, ainsi qu'aux thérapies numériques aussi connues sous le nom de "digital therapeutics" ou DTx telles que des solutions utilisées dans la prise en charge de certaines pathologies psychiatriques. En fonction de l'intérêt de la solution numérique revendiqué par l'industriel et de l'évaluation associée, sur le plan clinique ou sur le plan organisationnel, les données à déposer et les conditions d'accès seront adaptées. Enfin, la sortie du dispositif sera différente en fonction de la finalité de la solution numérique : liste des produits et prestations en cas d'usage individuel thérapeutique (DTx) et/ou droit commun de télésurveillance.

Les solutions numériques (télésurveillance ou DTx) disposant de données suffisantes pour affirmer un intérêt clinique, démontrant une forte présomption d'innovation et ayant un impact significatif pour la prise en charge thérapeutique des patients pourront bénéficier d'une prise en charge anticipée dans la limite d'un an non renouvelable, à la condition de déposer une demande de remboursement de droit commun dans un délai déterminé.

Les solutions numériques de télésurveillance disposant de données insuffisantes mais d'une preuve de concept (études internationales, revues de littérature, autres) pour revendiquer un intérêt organisationnel dans une indication non déjà prise en charge par le dispositif de droit commun de télésurveillance envisagé pourront bénéficier d'une prise en charge anticipée dans la limite d'un an en s'engageant à recueillir les données en vie réelle pendant la période qui permettront de valider ou non cet intérêt organisationnel. La prise en charge du suivi médical est également prévue.

L'entrée dans le dispositif de prise en charge anticipée numérique sera ainsi notamment conditionnée :

- A l'engagement de déposer une demande d'inscription dans le droit commun pour l'indication revendiquée dans un délai prédéterminé permettant d'assurer la jonction entre l'accès anticipé et le droit commun ;

- A la validation de **critères techniques** indispensables (solution numérique marquée CE, critères d'interopérabilité exigibles, critères de sécurité numérique en fonction des standards en vigueur) ;
- Au respect de **prérequis en matière de preuve de concept** validés par la Haute Autorité de santé :
 - o Démonstration d'effets positifs sur les soins au niveau clinique pour les dispositifs numériques DTx ou activités de télésurveillance ; ou organisationnel pour les activités de télésurveillance ;
 - o Solution numérique fortement susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique
 - o Présomption d'innovation : le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé.
 - o Recueil de données permettant de confirmer l'intérêt en conditions réelles d'utilisation de la solution numérique notamment pour les solutions à impact organisationnel revendiqué

Ne pourront pas accéder au dispositif :

- Pour une revendication sur le plan clinique, les solutions revendiquant une équivalence avec un comparateur déjà pris en charge, i.e. n'apportant pas d'intérêt supplémentaire au niveau clinique ;
- Les dispositifs médicaux bénéficiant ou ayant bénéficié d'une prise en charge de droit commun.

Pendant cette phase anticipée, ces solutions seraient prises en charge sur la base **d'un montant forfaitaire préfixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale** dont les modalités dépendraient notamment **de la finalité du dispositif préétabli (en particulier de la durée d'utilisation par le patient et l'impact revendiqué clinique ou organisationnel)**. En outre, une prise en charge de l'organisation de télésurveillance associée, le cas échéant, sera également prévue pendant cet accès anticipé.

Ce modèle permettrait un accès rapide au dispositif pour les patients, de la prévisibilité sur les conditions d'entrée dans le dispositif pour les entreprises du secteur et donc une meilleure anticipation du business model et pour l'assurance maladie une régulation facilitée avec un objet économique bien identifié. Les conditions d'arrêt de cette prise en charge, que ce soit par inscription dans le droit commun ou par refus notamment, les engagements éventuels de continuité de traitement seront légalement prévus.

• Modifier le forfait innovation pour le rendre plus prévisible en matière de montant alloué et lisible en matière de transition vers le droit commun

Le forfait innovation est un dispositif de prise en charge dérogatoire des technologies innovantes, conditionné à la réalisation d'études cliniques ou médico-économiques permettant de fournir les données manquantes. L'objectif est de créer un forfait versé aux structures de soins intégrant, le cas échéant, la prise en charge des frais médicaux, du produit de santé ou de la prestation associée.

L'élaboration du budget en lien avec la fixation de la rémunération du dispositif médical n'est aujourd'hui pas suffisamment opérationnelle.

La mesure prévoit donc :

- 1) De donner de la visibilité aux demandeurs sur le niveau de rémunération dans le cadre de ce forfait en précisant clairement des critères de fixation de cette compensation financière par les ministres, pour les dispositifs médicaux ou actes qui pourront être utilisés dans un cadre dérogatoire ;
- 2) De renforcer l'engagement du demandeur au regard du risque assumé par l'assurance maladie de financement en amont de toute évaluation possible, de mener l'étude à son terme et de mettre à disposition pour les patients français à l'issue de la prise en charge précoce si les résultats de l'étude associée sont positifs, sous peine de sanction.

• Compléter la réforme portée par l'article 78 de la LFSS pour 2021

Cette partie de la mesure vise à intégrer certains ajustements aux dispositifs d'accès précoce et compassionnel :

- Permettre la promotion de médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce ou compassionnel auprès des prescripteurs, de la même façon que pour les médicaments disposant d'une AMM ;
- Clarifier la possibilité pour l'ANSM de maintenir et renouveler des traitements des patients initiés dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel même lorsque le produit n'obtient pas un accès précoce afin d'assurer les continuités de traitement ;
- Clarifier le fait qu'un cadre de prescription compassionnelle, s'il ne peut être établi que lorsqu'aucune recherche impliquant la personne humaine n'est en cours, peut perdurer si une recherche est mise en place, le temps d'une demande de droit commun ;
- Clarifier le champ d'application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale (CSS) relatif aux continuités de traitements des patients initiés au titre d'une autorisation d'accès précoce et notamment les conditions de dispensation pendant la phase d'engagement du laboratoire à fournir hors prise en charge de l'assurance maladie et explicitement autoriser la fourniture aux établissements de ces produits pendant les phases de continuité de traitement (modification du L.5123-2 et L5126-6 du code de la santé publique).

- **Simplifier la gestion des demandes de fourniture de médicaments et transmission des données auprès des laboratoires, en introduisant le recours à un système unique d'authentification sur les plateformes mises en place par les laboratoires ; Prévoir un cadre de prise en charge spécifique pour les médicaments de thérapie innovantes préparés ponctuellement (MTI-PP) par certains établissements de santé**

Il est proposé de modifier l'article L.5123-2 du code de la santé publique (liste des médicaments bénéficiant d'un agrément aux collectivités) pour prévoir la réputation d'inscription sur cette liste des médicaments bénéficiant d'une autorisation de médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement (MTI PP).

Il est également proposé d'introduire, après l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, un nouvel article pour prévoir la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement sur une base forfaitaire annuelle par patient en renvoyant à un décret en Conseil d'Etat pour en préciser les conditions.

- **Modifier la procédure de fixation des prix des médicaments rétrocédables**

Il est proposé de modifier l'article L. 162-16-5 du CSS pour dissocier la négociation du prix de cession entre le CEPS et le laboratoire exploitant la spécialité, de l'inscription du médicament sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du CSP. L'article R. 163-9 du CSS devra être modifié pour prévoir un délai de 180 jours à compter du dépôt de la demande d'inscription du médicament par l'exploitant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du CSS dans le respect de la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie.

Par ailleurs, il est proposé de lever l'obligation de déposer une demande d'inscription sur la liste ville de façon concomitante à une demande d'inscription aux collectivités pour un médicament déjà rétrocédable lorsque l'ANSM l'a inscrit sur la liste au titre de son AMM (les médicaments sous accès précoce, accès compassionnel, accès direct ne seront pas éligibles à l'exonération).

- **Supprimer le coefficient de minoration des spécialités pharmaceutiques en SSR prévu par l'article L. 162-22-6**

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale introduit par la loi de financement de sécurité sociale pour 2016 dispose la fixation d'une liste des spécialités pharmaceutiques ouvrant à un remboursement par l'assurance maladie sur présentation des factures. Ces dispositions demeurent.

Seul le mécanisme prudentiel, comprenant l'application d'un coefficient de minoration sur le montant remboursé à l'établissement et son éventuelle restitution, est supprimé.

b) Autres options possibles

Le dispositif d'accès transitoire pour les dispositifs médicaux prévu au L. 165-1-5 permet la prise en charge précoce de dispositifs médicaux innovants pour des pathologies rares, graves ou dans des situations de handicap qui ne peuvent pas attendre la prise en charge de droit commun. Une alternative à la mesure précédente pourrait donc être de faire passer les dispositifs médicaux exclusivement par cette voie. Néanmoins, ce dispositif paraît peu opérant pour les solutions numériques.

Pour la prise en charge des MTI-PP, le système de remises indexées sur un chiffre d'affaires comme pour l'accès précoce n'a pas été retenu, s'agissant de productions hospitalières ponctuelles.

Il n'y a pas d'autres options possibles à la suppression du coefficient prévu à l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments et des produits et prestations par l'assurance maladie et à améliorer significativement la pertinence des prises en charge. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

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

Le conseil de l'UNCAM ainsi que la Haute autorité de santé ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure crée les articles L. 162-16-5-5 et L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale.

Elle modifie les articles L. 5121-12-1, L. 5123-2, L. 5126-6, L. 5422-3, L. 5422-18 du code de la santé publique et les articles L. 162-16-5, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-4, L. 162-22-7-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6 L. 165-1-1, L. 165-1-6 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Un dispositif d'accès précoce a été mis en Allemagne pour les applications digitales à fonction principale digitale portée par le « software ». 13 applications ou DIGA ont accès à un remboursement permettant environ 4 000 utilisations pour un coût d'environ 6 millions €, hypothèse retenue pour le coût de la mesure avec une première année de montée en charge, puis une évolution à la hausse avec le déploiement (+4M€ par an).

Le forfait innovation a permis de financer 14 études cliniques depuis 2014 pour un budget alloué de 67 millions d'euros. Un budget d'environ 15 millions d'euros par an est ainsi alloué sur les dernières années à ce forfait. En estimant la part de déclenchement à 1 produit sur 10 sur les deux premières années puis aucun (la mesure produisant ces effets), il est attendu un rendement maximal de la sanction de 1.5M€ en 2022 et 2023.

D'après une estimation transmise par des acteurs académiques, le coût de traitement associés aux MTI-PP sur une plateforme académique et mobilisant la technologie des CAR-T-cells représente un coût de l'ordre de 150 000€.

Pendant la dernière décennie, près de 25 patients ont été traités par des MTI-PP à partir de 4 autorisations de MTI-PP délivrées par l'ANSM, alors qu'aucun financement n'était mis en place.

On peut considérer que la prise en charge de ces traitements, prévue par la présente mesure, va générer une augmentation progressive des dépenses supportées à ce titre par l'assurance maladie dans les années à venir. En 2022, 5 patients pourraient bénéficier d'un traitement. Le nombre de patients devrait progresser régulièrement les années suivantes (hypothèse : 6 patients supplémentaires par an).

La suppression du coefficient de minoration n'a pas d'impact financier sur les dépenses de la sécurité sociale puisque le niveau de contribution de l'objectif de dépenses en SSR à la mise en réserve sur l'ONDAM sera assurée par les financements de SSR liés aux recettes d'activité et à la dotation forfaitaire.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		-3	-4	-12	-17
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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 les solutions numériques innovantes ou médicaments concernés dans le cadre de la prise en charge précoce, car cette mesure leur permet une prise en charge anticipée.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure pourrait permettre d'améliorer la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap en fonction des dispositifs médicaux présentés aux dispositifs de forfait innovation et prise en charge anticipée.

c) Impacts sur l'environnement

Le développement du numérique en santé et son usage par le plus grand nombre crée une externalité positive sur l'environnement notamment par une amélioration de la prise en charge des patients grâce à la disponibilité de l'information en tout lieu et sans délai, un meilleur accès aux soins grâce à la télésanté, une plus grande efficacité du système de santé en évitant les examens redondants. La Délégation ministérielle au numérique en santé a publié un rapport sur l'impact environnemental du numérique en santé en mai 2021 détaillant les impacts du numérique en santé en matière de développement durable.

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

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

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

a) Impacts sur les assurés, 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 solutions numériques innovantes et plus généralement aux produits de santé.

Les entreprises devront désormais déposer une demande d'inscription sur la liste des médicaments mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (prise en charge au titre de la rétrocession) et la durée de l'instruction de la demande sera de 180 jours, comme le prévoit la directive Transparence.

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

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

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

La mesure pourra avoir un impact sur la charge de travail :

- des services de la Caisse nationale d'assurance maladie et du réseau des caisses primaires d'assurance maladie qui auront en charge la mise en place du dispositif ;
- de la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS), qui sera en charge de la validation des critères techniques d'entrée et un surplus de dossiers à traiter par la Haute autorité de santé en charge de l'évaluation des solutions numériques.

Cette mesure aura un impact sur la charge de travail des équipes de l'administration centrale responsables de la mise en œuvre, de la validation des dossiers, de la publication des arrêtés de chaque solution numérique et de la communication nécessaire avec les interlocuteurs concernés.

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 seront nécessaires et seront pris au premier semestre 2022.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière des assurés n'est prévue.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 5121-12-1 actuel	Article L. 5121-12-1 modifié
<p>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 :</p> <p>1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;</p> <p>2° Il n'existe pas de traitement approprié ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 nommé 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.</p> <p>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 l'entreprise qui assure l'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.</p> <p>Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Ils sont mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.</p> <p>III. - De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications,</p>	<p>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 :</p> <p>1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;</p> <p>2° Il n'existe pas de traitement approprié ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 nommé 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.</p> <p>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 l'entreprise qui assure l'exploitation 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.</p> <p>Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Ils sont mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.</p> <p>III. - De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications,</p>

d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.

Par dérogation au 2° du même I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament lorsqu'il ne s'agit pas d'un médicament de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.

IV. - Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe l'entreprise qui assure l'exploitation ou, le cas échéant, le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

V. - Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.

VI. - Le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais de l'accès compassionnel au titre des II ou III du présent article, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus ainsi que des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché".

Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication considérée.

La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Pour un médicament relevant d'un cadre de prescription

d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.

Par dérogation au 2° du même I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament lorsqu'il ne s'agit pas d'un médicament de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.

IV. - Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe ~~l'entreprise qui assure l'exploitation~~ **le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché** ou, le cas échéant, le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.

V. - Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou **le titulaire des droits d'exploitation du médicament** ~~l'entreprise qui l'exploite~~. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.

VI. - Le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais de l'accès compassionnel au titre des II ou III du présent article, le cas échéant de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus ainsi que des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché".

Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication considérée.

La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Pour un médicament relevant d'un cadre de prescription

<p>compassionnelle, il motive sa prescription dans ce dossier, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.</p> <p>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.</p>	<p>compassionnelle, il motive sa prescription dans ce dossier, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.</p> <p>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.</p> <p>VIII. – Toutefois, et, le cas échéant, par dérogation au I et au II du présent article :</p> <p>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 et pour une durée maximale prévue par décret ;</p> <p>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.</p>
Article L. 5123-2 actuel	Article L. 5123-2 modifié
<p>L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments.</p> <p>Les médicaments faisant l'objet des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article.</p>	<p>L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments.</p> <p>Les médicaments faisant l'objet des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article.</p> <p>Les médicaments faisant l'objet dans une indication considérée des autorisations d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, les médicaments faisant l'objet d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code, ainsi que ceux faisant l'objet, en association, dans une</p>

<p>Toute demande d'inscription sur la liste mentionnée au même premier alinéa d'un médicament défini aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 qui n'a pas fait l'objet d'un classement dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier n'est recevable que si elle est accompagnée d'une demande d'inscription dudit médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Le présent alinéa n'est pas applicable aux vaccins à usage réservé, imposés ou conseillés pour certains voyages.</p> <p>L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.</p>	<p>indication considérée, d'une autorisation en application de l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 du présent code dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article.</p> <p>Toute demande d'inscription sur la liste mentionnée au même premier alinéa d'un médicament défini aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 qui n'a pas fait l'objet d'un classement dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier n'est recevable que si elle est accompagnée d'une demande d'inscription dudit médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Le présent alinéa n'est pas applicable aux vaccins à usage réservé, imposés ou conseillés pour certains voyages ainsi qu'aux médicaments inscrits, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.</p> <p>L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.</p>
Article L. 5126-6 actuel	Article L. 5126-6 modifié
<p>Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 5126-1:</p> <p>1° Pour des raisons de santé publique, dans l'intérêt des patients ou, le cas échéant, sur demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des médicaments que certains établissements de santé ou groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur sont autorisés à vendre au public, au détail et dans le respect des conditions prévues aux articles L. 5123-2 et L. 5123-4. Cette liste est publiée sur le site internet de l'agence. Les médicaments qui figurent sur la liste peuvent faire l'objet d'une délivrance à domicile.</p> <p>Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle pour une indication considérée.</p>	<p>Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 5126-1:</p> <p>1° Pour des raisons de santé publique, dans l'intérêt des patients ou, le cas échéant, sur demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des médicaments que certains établissements de santé ou groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur sont autorisés à vendre au public, au détail et dans le respect des conditions prévues aux articles L. 5123-2 et L. 5123-4. Cette liste est publiée sur le site internet de l'agence. Les médicaments qui figurent sur la liste peuvent faire l'objet d'une délivrance à domicile.</p> <p>Sont réputés inscrits sur cette liste les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, ainsi que les médicaments qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale. Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits</p>

<p>Les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont arrêtées conjointement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>2° Les pharmacies à usage intérieur sont autorisées à délivrer au public, au détail, les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales mentionnés à l'article L. 5137-1 ;</p> <p>3° Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1, des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>4° Les établissements pharmaceutiques des établissements de santé peuvent, à titre exceptionnel et sous réserve que l'autorisation délivrée en application de l'article L. 5124-9 le précise, confier sous leur responsabilité la réalisation de préparations hospitalières à un établissement pharmaceutique autorisé pour la fabrication de médicaments. Cette sous-traitance fait l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique des établissements de santé concernés au ministre chargé de la santé et au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Ces établissements peuvent également délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1 des préparations hospitalières et des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>5° Les préparations hospitalières et les spécialités pharmaceutiques reconstituées peuvent être fabriquées par la Pharmacie centrale des armées et délivrées par les établissements de ravitaillement sanitaire des armées ;</p> <p>6° Les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires et les personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile bénéficient des services de pharmacies à usage intérieur des établissements de santé qui assurent les soins aux détenus en application de l'article L. 6111-1-2 du présent code.</p>	<p>sur cette liste. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle pour une indication considérée.</p> <p>Les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont arrêtées conjointement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>2° Les pharmacies à usage intérieur sont autorisées à délivrer au public, au détail, les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales mentionnés à l'article L. 5137-1 ;</p> <p>3° Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1, des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>4° Les établissements pharmaceutiques des établissements de santé peuvent, à titre exceptionnel et sous réserve que l'autorisation délivrée en application de l'article L. 5124-9 le précise, confier sous leur responsabilité la réalisation de préparations hospitalières à un établissement pharmaceutique autorisé pour la fabrication de médicaments. Cette sous-traitance fait l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique des établissements de santé concernés au ministre chargé de la santé et au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Ces établissements peuvent également délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1 des préparations hospitalières et des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>5° Les préparations hospitalières et les spécialités pharmaceutiques reconstituées peuvent être fabriquées par la Pharmacie centrale des armées et délivrées par les établissements de ravitaillement sanitaire des armées ;</p> <p>6° Les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires et les personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile bénéficient des services de pharmacies à usage intérieur des établissements de santé qui assurent les soins aux détenus en application de l'article L. 6111-1-2 du présent code.</p>
Article L. 5422-3 actuel	Article L. 5422-3 modifié
<p>Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.</p>	<p>Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.</p> <p>Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre de cet article ou d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12 1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées, est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.</p>

Article L. 5422-18 actuel	Article L. 5422-18 modifié
<p>Constitue un manquement soumis à sanction financière :</p> <p>1° Toute publicité portant sur un médicament qui n'a pas obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou l'un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ;</p> <p>2° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-8 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>3° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès des professionnels de santé qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-9 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>4° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament soumis à prescription médicale ;</p> <p>5° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ;</p> <p>6° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;</p> <p>7° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ;</p> <p>8° Toute publicité pour des générateurs, trousse ou précurseurs en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5122-13 ;</p> <p>9° Toute campagne publicitaire non institutionnelle pour des vaccins effectuée en méconnaissance des obligations prévues à l'article L. 5122-6.</p>	<p>Constitue un manquement soumis à sanction financière :</p> <p>1° Toute publicité portant sur un médicament qui n'a pas obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou l'un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ;</p> <p>2° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-8 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>3° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès des professionnels de santé qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-9 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>4° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament soumis à prescription médicale ;</p> <p>5° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ;</p> <p>6° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;</p> <p>7° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre de cet article ou pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L.5121 12 1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées ;</p> <p>8° Toute publicité pour des générateurs, trousse ou précurseurs en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5122-13 ;</p> <p>9° Toute campagne publicitaire non institutionnelle pour des vaccins effectuée en méconnaissance des obligations prévues à l'article L. 5122-6.</p>
Code de la sécurité sociale	
	Article L. 162-1-23 (nouveau)
	<p>I. – Dans les conditions prévues au présent article, l'assurance maladie peut prendre en charge manière anticipée, concernant une indication particulière, en vue de leur inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 165-1 et à l'article L. 162-52 et pour une durée limitée à un an non renouvelable :</p> <p>1° Un dispositif médical numérique répondant à la définition mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 162-48, et présentant une visée thérapeutique ;</p> <p>2° Des activités de télésurveillance médicale telles que définies à l'article L. 162-48.</p>

	<p>Les dispositions de l'article L. 162-51 sont applicables aux activités de télésurveillance médicale relevant du présent article.</p> <p>II. – La prise en charge anticipée prévue est demandée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou du dispositif médical numérique utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I. Elle est décidée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, lorsque les conditions suivantes sont remplies :</p> <p>1° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou les activités de télésurveillance médicale mentionnée au 2° du même I sont présumés innovants, en termes notamment de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins, d'après les premières données disponibles et compte tenu d'éventuels comparateurs pertinents ;</p> <p>2° Le 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 bénéficie du marquage CE dans l'indication considérée ;</p> <p>3° 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 en garantit la conformité aux règles relatives à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité applicables sur le fondement de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Le 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 permet d'exporter les données traitées dans des formats interopérables appropriés et comporte, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient ;</p> <p>III. – L'arrêté des ministres 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, le cas échéant au distributeur au détail ou à l'opérateur de télésurveillance médicale, dans des conditions précisées par voie réglementaire.</p> <p>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. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5, L. 162-52, L. 165-11, L. 162-22-7 du présent code.</p> <p>IV.- La prise en charge anticipée prévue au I du présent article implique l'engagement du bénéficiaire de :</p> <p>1° Déposer une demande d'inscription pour l'indication considérée, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52 dans des délais respectifs de six mois et neuf mois à compter de la décision de prise en charge transitoire ;</p> <p>2° Permettre d'assurer la continuité des traitements ou de la surveillance médicale initiés :</p> <p>a) Pendant la durée de la prise en charge anticipée ;</p>
--	--

	<p>b) Pendant une durée d'au moins six mois à compter de l'arrêt de cette prise en charge. Ce délai est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au 1° du présent IV.</p> <p>Durant cette période de continuité des traitements ou de la surveillance médicale postérieure à la prise en charge, le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou les activités de télésurveillance médicale mentionnée au 2° du même I sont pris en charge selon les conditions prévues au titre des listes mentionnées aux articles L. 165-1 ou L. 162-52 en cas d'inscription sur l'une de celles-ci et, dans le cas contraire, selon les conditions prévues au III du présent article.</p> <p>Les engagements mentionnés au présent IV cessent de s'appliquer si le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnée au 2° du même I, ou son accessoire de collecte, font l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.</p> <p>V. – Pour chaque indication, la prise en charge anticipée mentionnée au I cesse :</p> <p>1° Lorsqu'aucune demande d'inscription n'est déposée dans les délais mentionnés au 1° du IV ;</p> <p>2° Lorsqu'une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication sur l'une de ces listes est prise et que, dans les cas où un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité est publié ;</p> <p>3° Lorsque les conditions mentionnées aux 2° à 4° du II du présent article cessent d'être remplies, ainsi que dans le cas mentionné au dernier alinéa du IV.</p> <p>VI. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au V, les ministres peuvent prononcer à l'encontre de l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du I, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge.</p> <p>Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dispositif médical numérique concerné, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>VII. – Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'appréciation des conditions de prise en charge mentionnées au II du présent article et les règles de fixation du montant de la compensation financière mentionnée au III ainsi que ses modalités de versement, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 162-16-5 actuel	Article L. 162-16-5 modifié

<p>I.- Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article.</p> <p>La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité.</p> <p>Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession</p>	<p>I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Le prix de cession au public des spécialités inscrites sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, l'entreprise titulaire de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du code de la santé publique, l'entreprise assurant l'importation ou la distribution parallèle de la spécialité et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des mêmes ministres, qui arrêtent dans ce cas le prix. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment les procédures et délais de fixation des prix. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article.</p> <p>La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité.</p> <p>Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession</p>
---	--

<p>prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I.</p> <p>III.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.</p> <p>IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique.</p> <p>Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.</p> <p>Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.</p>	<p>prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I.</p> <p>III.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.</p> <p>IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique.</p> <p>Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.</p> <p>Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.</p>
Article L. 162-16-5-2 actuel	Article L. 162-16-5-2 modifié
<p>I. - Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie, dans les conditions définies au présent article.</p> <p>II. - A. - Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6.</p> <p>B. - Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A du présent II pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :</p> <p>1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ;</p> <p>2° Soit, le cas échéant, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.</p>	<p>I. - Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie, dans les conditions définies au présent article.</p> <p>II. - A. - Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6.</p> <p>B. - Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A du présent II pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :</p> <p>1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ;</p> <p>2° Soit, le cas échéant, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.</p>

<p>III. - A. - Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II du présent article, 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 au titre de l'indication et de la période considérées.</p> <p>Les taux de ces remises sont définis selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires, fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>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.</p> <p>B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au A du présent III sont majorés :</p> <p>1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité pharmaceutique excède des seuils graduels fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'Etat mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.</p> <p>IV. - Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :</p> <p>1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.</p> <p>En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>V. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I cesse lorsque :</p>	<p>III. - A. - Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II du présent article, 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 au titre de l'indication et de la période considérées.</p> <p>Les taux de ces remises sont définis selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires, fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>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.</p> <p>B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au A du présent III sont majorés :</p> <p>1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité pharmaceutique excède des seuils graduels fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'Etat mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.</p> <p>IV. - Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :</p> <p>1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.</p> <p>En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>V. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I ou au VI cesse lorsque :</p>
--	--

<p>1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;</p> <p>2° Une décision relative à l'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;</p> <p>3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :</p> <p>a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III du même article L. 5121-12-1 ;</p> <p>b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7.</p> <p>VI. - Une spécialité pharmaceutique prise en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause :</p> <p>1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour cette spécialité pharmaceutique sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;</p> <p>2° Pour le traitement d'un patient donné, débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code.</p> <p>VII. - Lorsqu'une indication thérapeutique est prise en charge en application du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation de la spécialité pharmaceutique au titre de l'indication ou des indications faisant l'objet de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>VIII. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;</p> <p>2° Une décision relative à l'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;</p> <p>3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :</p> <p>a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III du même article L. 5121-12-1 ;</p> <p>b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7.</p> <p>VI. - Une spécialité pharmaceutique prise en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause, sous réserve des dispositions du V :</p> <p>1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour cette spécialité pharmaceutique sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;</p> <p>2° Pour le traitement d'un patient donné, débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code.</p> <p>VII. - Lorsqu'une indication thérapeutique est prise en charge en application du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation de la spécialité pharmaceutique au titre de l'indication ou des indications faisant l'objet de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>VIII. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 162-16-5-4 actuel	Article L. 162-16-5-4 modifié
<p>I. - La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 162-16-5-1 implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p>	<p>I. - La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 162-16-5-1 implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p>

<p>1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ;</p> <p>2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article.</p> <p>Les dispositions du présent I ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.</p> <p>I bis. - Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 :</p> <p>1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;</p> <p>2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I bis dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'accès précoce sont maintenues, pour une durée déterminée par décret qui ne peut excéder la durée mentionnée au 2° du I du présent article. Dans ce cas, le second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1 s'applique.</p> <p>Si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de continuité de traitement prise en charge en application du premier alinéa du présent 2°, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 au titre de cette même période, est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné au même article L. 162-16-5-1-1, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants.</p> <p>II.-En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.</p>	<p>1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ;</p> <p>2° Et pendant une période supplémentaire, qui ne saurait être inférieure à une durée minimale fixée par décret dans la limite d'une année, une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article.</p> <p>Les dispositions du présent I ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.</p> <p>I bis. - Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 :</p> <p>1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;</p> <p>2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I bis dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'accès précoce sont maintenues, pour une durée déterminée par décret qui ne peut excéder la durée mentionnée au 2° du I du présent article. Dans ce cas, le second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1 s'applique.</p> <p>Si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de continuité de traitement prise en charge en application du premier alinéa du présent 2°, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 au titre de cette même période, est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné au même article L. 162-16-5-1-1, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants.</p> <p>I ter. - Lorsque la spécialité qui a bénéficié de la prise en charge au titre de l'article L. 162 16 5-1 n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées à l'article L. 162-17 ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues dans le cadre de l'accès précoce sont maintenues pendant la période de continuité de traitement mentionnée au 2° du I du présent article.</p> <p>II.-En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-</p>
--	---

	<p>3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
	Article L. 162-16-5-5 nouveau
	<p>Les médicaments disposant d'une autorisation de médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Elle s'effectue sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale suivant des modalités précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 162-22-7-3 actuel	Article L. 162-22-7-3 modifié
<p>Les médicaments qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.</p>	<p>Les médicaments qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.</p>
Article L. 162-23-4 actuel	Article L. 162-23-4 modifié
<p>I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :</p> <p>1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;</p> <p>2° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p> <p>3° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;</p> <p>4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ;</p> <p>5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.</p> <p>Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.</p> <p>Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.</p> <p>II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.</p>	<p>I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :</p> <p>1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;</p> <p>2° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p> <p>3° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;</p> <p>4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ;</p> <p>5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.</p> <p>Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.</p> <p>Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6° et 5°.</p> <p>II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.</p>

Article L. 162-23-6 actuel	Article L. 162-23-6 modifié
<p>I.-L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.</p> <p>II.-Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.</p> <p>Sous réserve du respect du montant défini au même 1°, l'Etat peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent II. Avant le 1er mai de l'année suivante, l'Etat arrête le montant à verser aux établissements de santé.</p>	<p>I.-L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.</p> <p>II.-Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.</p> <p>Sous réserve du respect du montant défini au même 1°, l'Etat peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent II. Avant le 1er mai de l'année suivante, l'Etat arrête le montant à verser aux établissements de santé.</p>
Article L. 165-1-1 actuel	Article L. 165-1-1 modifié
<p>Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. Le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé, des centres de santé et maisons de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités d'allocation du forfait. Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et, le cas échéant, la prise en charge des frais d'hospitalisation, du produit de santé ou de la prestation associés. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.</p> <p>Les critères d'éligibilité et la procédure d'accès ainsi que les modalités de la prise en charge forfaitaire prévue au présent article sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>I.- Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. Le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé, des centres de santé et maisons de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités d'allocation du forfait. Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et, le cas échéant, la prise en charge des frais d'hospitalisation, du produit de santé ou de la prestation associés. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.</p> <p>Les critères d'éligibilité et la procédure d'accès ainsi que les modalités de la prise en charge forfaitaire prévues au présent article au présent I sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le niveau de prise en charge d'un produit de santé et de la prestation associée ou de l'acte pris en charge au titre du présent I est fixé au regard notamment d'un ou plusieurs des critères suivants :</p>

	<p>1° Des tarifs des produits et prestations à visée thérapeutique comparable, en tenant compte des remises applicables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;</p> <p>2° Des tarifs, de prix ou de coûts de traitement, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, constatés dans d'autres pays européens ;</p> <p>3° Des volumes de vente prévus des produits ou prestations ainsi que les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ;</p> <p>4° Des actes existants déjà pris en charge, en tenant compte du temps médical engagé sur l'acte.</p> <p>II. – L'exploitant d'un produit de santé sollicitant la prise en charge au titre du présent article s'engage à :</p> <p>1° Mener à son terme l'étude prévue au I du présent article, sauf lorsqu'apparaît en cours d'étude un risque avéré pour la sécurité des patients, ou que des résultats intermédiaires démontrent manifestement l'existence ou l'absence de bénéfice clinique ou médico-économique et justifient pour ce motif l'interruption anticipée de l'étude ;</p> <p>2° Déposer une demande d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 dans un délai maximal d'un an après la fin de l'étude, sauf lorsque les résultats de celle-ci ne permettent raisonnablement pas d'envisager une issue favorable à une demande d'inscription.</p> <p>En cas de manquement à ces obligations, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du montant hors taxes perçu en France par l'entreprise au titre du forfait mentionné au I du présent article pour sa part relative au dispositif médical concerné.</p>
Article L. 165-1-6 actuel	Article L. 165-1-6 modifié
<p>I.-La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 165-1-5, implique l'engagement de l'exploitant du produit ou de la prestation de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p> <p>1° Pendant la durée de la prise en charge transitoire, et du renouvellement éventuel de celle-ci, au titre des I et III du même article L. 165-1-5 ;</p> <p>2° Le cas échéant, pendant la durée de la période de suspension de la prise en charge transitoire prévue au I dudit article L. 165-1-5 ;</p> <p>3° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge transitoire au titre du même article L. 165-1-5.</p> <p>Ces dispositions ne s'appliquent pas si le produit ou la prestation, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an mentionné au 3° du présent I est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1.</p>	<p>I.-La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 165-1-5, implique l'engagement de l'exploitant du produit ou de la prestation de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p> <p>1° Pendant la durée de la prise en charge transitoire, et du renouvellement éventuel de celle-ci, au titre des I et III du même article L. 165-1-5 ;</p> <p>2° Le cas échéant, pendant la durée de la période de suspension de la prise en charge transitoire prévue au I dudit article L. 165-1-5 ;</p> <p>3° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge transitoire au titre du même article L. 165-1-5.</p> <p>Ces dispositions ne s'appliquent pas si le produit ou la prestation, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an mentionné au 3° du présent I est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1.</p>

<p>Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge transitoire au titre de l'article L. 165-1-5, les conditions de prise en charge, le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé, s'appliquent.</p> <p>II.-En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du produit ou de la prestation mentionné au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.</p> <p>Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge transitoire au titre de l'article L. 165-1-5, les conditions de prise en charge, le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé, s'appliquent.</p> <p>II.-En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du produit ou de la prestation mentionné au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
---	--

Article 34 – Remises unilatérales médicaments et évolutions relatives à l’inscription de certains dispositifs médicaux

I. Présentation de la mesure

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

• *Les utilisations de médicaments hors-référentiel sont fréquentes et coûteuses*

Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l’assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d’hospitalisation (hors-GHS), lorsque ces indications présentent une amélioration du service médical rendu et que les produits sont onéreux. Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en application de l’article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. Elle est associée à un référentiel administratif précisant pour chaque produit de santé ses indications éligibles à un remboursement.

En 2019, la dépense remboursée associée à cette modalité de prise en charge était de 3,9 Md€ pour les spécialités pharmaceutiques. Cette dépense est très dynamique et son taux de croissance annuel est de 6 % sur la période 2014-2019.

L’analyse des indications relatives à ces produits de santé montre que dans près de 20 % des cas elles sont associées à des utilisations qui ne sont pas présentes dans le référentiel administratif et que ces produits sont prescrits en dehors d’une indication prévue par l’autorisation de mise sur le marché (article L. 5121-12-1 du code de la santé publique), ou hors indications thérapeutiques remboursables. Ces utilisations ont un impact significatif sur le budget de l’assurance maladie alors même qu’elles ne devraient en théorie pas être prises en charge : 600 et 700 M€ sur le médicament au regard des données de codage disponibles et une estimation à plus d’un milliard d’euros en projetant ce taux sur les dépenses de dispositifs médicaux en sus des médicaments.

Parmi ces utilisations, les d’associations de traitements – à savoir au moins deux médicaments qui ne sont pas nécessairement commercialisés par le même laboratoire pharmaceutique – constituent une catégorie particulière. En effet, dans ces derniers cas, seul un des deux laboratoires réalise des essais cliniques et dépose une demande d’autorisation de mise sur le marché (AMM) puis une demande d’inscription dans l’indication considérée ce qui donnera lieu à une négociation tarifaire, tandis que l’autre laboratoire n’en fera rien, son produit étant généralement déjà inscrit pour d’autres indications. On parle alors d’« AMM miroir ». L’association des deux médicaments est en pratique prise en charge, alors qu’un des deux médicaments est hors référentiel et que son prix n’a pas été négocié au regard de cette nouvelle utilisation, puisque ce dernier ne bénéficie pas de l’AMM et que l’exploitant ne fait donc aucune demande d’inscription, tandis que des ventes seront pourtant réalisées dans cette indication. Cette prise en charge ne répond pas à la lettre de la loi, mais a en pratique été tolérée dans la mesure où l’encadrement sanitaire est garanti dans ce contexte et s’agissant de produits onéreux qui pèseraient autrement sur le budget des établissements. Cependant, ces situations devenant de plus en plus nombreuses avec un impact financier conséquent, il convient de régulariser la situation en officialisant la prise en charge de ces situations et en fixant un cadre tarifaire.

La présente mesure propose donc de régulariser la prise en charge et, en contrepartie, de mettre en place un système de remises obligatoires au regard du niveau d’utilisation hors référentiel pour un produit de santé donné qui « dispose » d’une « AMM miroir », dispositif analogue à celui mis en place pour des utilisations hors AMM encadrées par la mise en place d’un cadre de prescription compassionnelle par l’Agence nationale de sécurité du médicaments et des produits de santé (ANSM) (L. 5121-12-1 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale).

Elle permettrait ainsi de limiter l’impact budgétaire associé aux utilisations de médicaments dans des indications hors-référentiels, sans risque pour la sécurité des patients dans la mesure où le médicament est inscrit pour d’autres indications et surtout, qu’une AMM a été délivrée, pour un autre médicament au titre de son association avec celui considéré dans l’indication en question.

• *L’inscription des dispositifs médicaux sur certaines listes positives pourrait être simplifiée d’une part et harmonisée sur la procédure médicament d’autre part*

Certains dispositifs médicaux (DM) appartenant à des catégories homogènes définies par arrêté en raison de leur caractère invasif ou des risques qu’ils peuvent présenter pour la santé humaine doivent être inscrits sur une liste positive dite « intra-GHS », fixée par arrêté du ministre, pour pouvoir être utilisés par les établissements de santé.

L’article L165-11 du code de la sécurité sociale oblige actuellement les exploitants ou les distributeurs au détail de produits de santé appartenant aux catégories homogènes à déposer de manière systématique une demande d’inscription auprès de la Haute Autorité de santé, en vue de l’inscription éventuelle sur la liste intra-GHS. Or, dans certains cas, ces dispositifs ont déjà fait l’objet d’une évaluation favorable par la commission dédiée de la HAS (CNEDiMTS) dans le cadre de leur demande d’inscription sur la liste en sus, qu’ils aient ensuite été inscrits puis radiés (de façon à être réintégrés dans les tarifs des séjours) ou qu’ils n’aient pas été inscrits car ne remplissant pas les critères d’éligibilité.

Sachant que les données fournies pour une demande d’inscription sur la liste intra-GHS sont identiques à celles fournies pour une demande d’inscription sur la liste en sus et que les critères d’évaluation par la CNEDiMTS pour une inscription intra-GHS sont ceux qui prévalent dans le cadre d’une demande d’inscription sur la liste en sus, il n’est donc pas pertinent de solliciter une nouvelle évaluation par la HAS.

En outre, lorsque ces DM sont inscrits sur la liste en sus, cette liste ne précise pas, contrairement à la liste en sus médicaments, les indications prises en charge, alors que l’éligibilité de ces produits, onéreux, est analysée au regard des

évaluations obtenues dans des indications précises. De façon à répondre à l'objectif initial de cette liste, à savoir la prise en charge de produits innovants et onéreux, le caractère innovant étant apprécié dans le contexte de l'apport clinique dans une indication donnée, et dans un objectif de respect de contraintes sur les dépenses hospitalières, il conviendrait de préciser que l'inscription se fait par indication.

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

a) Mesure proposée

• *Instaurer des remises obligatoires liées aux utilisations hors-référentiel*

La mesure propose de régulariser la prise en charge et d'instaurer des remises obligatoires sur les utilisations hors référentiel (indications non inscrites sur la liste de remboursement) de médicaments inscrits sur la liste en sus à l'hôpital lorsqu'il s'agit d'utilisations en association de traitements et que le produit associé est remboursable pour cette association dans l'indication considérée. Ce schéma de remises obligatoires est similaire à celui existant pour des prises en charge dérogatoires au titre notamment des cadres de prescription compassionnel (encadrement par l'ANSM d'utilisations de médicaments hors AMM). Ces remises seront indexées sur le chiffre d'affaires annuel (CA) pour le produit de santé concerné pour la part facturée hors référentiel. Les remises conventionnelles le cas échéant dues pour la même part de chiffre d'affaires seront déduites.

Les taux de remises applicables seront fixés par un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

• *Faire évoluer la procédure d'inscription des dispositifs médicaux sur certaines listes positives*

Enfin, la mesure propose de simplifier la procédure d'inscription de DM sur la liste « intra-GHS » en ayant recours à un avis de la HAS disponible, lorsqu'il est suffisamment récent et conclut à un service attendu ou rendu suffisant, sans exiger de l'exploitant qu'il ne redépose un dossier en vue d'une nouvelle évaluation.

Il est également proposé d'inscrire les dispositifs médicaux sur la liste en sus indication par indication, en harmonisant ainsi l'inscription sur celle en place pour les médicaments.

b) Autres options possibles

Les médicaments visés par cette mesure sont pris en charge en sus et remboursés aux établissements de santé à l'euro l'euro, et pour chaque utilisation, au regard du tarif de remboursement fixé par le CEPS. Une autre option pourrait consister à moduler le remboursement des établissements de santé au regard du niveau d'utilisation hors-référentiel constaté localement. En transférant la responsabilité de la dépense des industriels aux établissements, cette option pourrait créer de nouvelles contraintes pour les établissements de santé et générer des problèmes d'accès pour les patients. Elle risque également de déresponsabiliser les industriels au regard des efforts à déployer en matière de R&D.

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

Cette mesure se justifie à la lecture de l'article LO. 111-3-V du code de la sécurité sociale et notamment des alinéas C-1° et C-2° au regard de l'effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses de l'année des organismes concourant à leur financement.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 133-4, L. 162-17-1-2, L.162-18, L.162-22-7, L. 165-11 et L. 315-2 du code de la sécurité sociale. Elle crée l'article L.162-18-1 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 directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les dépenses annuelles de la liste en sus hors référentiel sont de l'ordre de 700 M€. Au regard de la part estimée que représente la dépense liée aux « AMM miroirs » et d'un taux de remises cohérent avec les taux applicables sur les cadres de prescription compassionnelle, et au regard de l'inscription par indication des dispositifs médicaux sur la liste en sus, il est estimé un rendement de l'ordre de 100 M€ par an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		+ 100	+ 100	+ 100	+ 100
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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 aura nécessairement un impact économique sur le chiffre d'affaires des entreprises commercialisant des médicaments inscrits, ou ayant vocation à être inscrits, sur la liste en sus et « disposant » d'AMM miroir. L'impact économique de cette mesure est de nature à varier selon les efforts de maîtrise médicalisée réalisés et l'évolution des négociations conventionnelles portant sur ces produits et est à mettre au regard des volumes de vente liés à ces utilisations pour lesquelles les entreprises n'ont pas engagé de dépenses spécifiques.

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 pour les médicaments inscrits sur la liste en sus. La mesure envisagée participe à la sécurisation de ces principes.

• *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 est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des décrets préciseront les modalités d'application de la mesure. Ils seront publiés lors du premier trimestre 2022.

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

La mesure ne nécessite pas une mise en œuvre particulière nouvelle par les caisses de sécurité sociale.

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 réalisée dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

CODE DE LA SECURITE SOCIALE	
Article L.133-4 actuel	Article L. 133-4 modifié
<p>En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation :</p> <p>1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ;</p> <p>2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement.</p> <p>Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce.</p> <p>Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.</p> <p>Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.</p> <p>Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.</p>	<p>En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation :</p> <p>1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ;</p> <p>2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement.</p> <p>Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce.</p> <p>Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.</p> <p>Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.</p> <p>Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.</p>

<p>En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.</p> <p>Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.</p>	<p>En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.</p> <p>Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.</p>
Article L.162-17-1-2 actuel	Article L.162-17-1-2 modifié
<p>La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1 et L. 165-11 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1, L. 162-17-2-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.</p> <p>Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.</p>	<p>La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1 et L. 165-11 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.</p> <p>Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.</p>
Article L.162-18 actuel	Article L.162-18 modifié
<p>I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France.</p>	<p>I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France.</p>

<p>Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.</p> <p>Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires.</p> <p>II.-Pour :</p> <p>1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;</p> <p>2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières,</p> <p>Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.</p> <p>Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.</p> <p>III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.</p> <p>IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une 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.</p> <p>Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient</p>	<p>Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.</p> <p>Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires.</p> <p>II.-Pour :</p> <p>1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;</p> <p>2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières,</p> <p>Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.</p> <p>Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.</p> <p>III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.</p> <p>IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une 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.</p> <p>Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises</p>
---	--

<p>être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5 ou L. 162-16-6.</p> <p>Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV.</p> <p>A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.</p>	<p>mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5 ou L. 162-16-6.</p> <p>Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV.</p> <p>A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.</p>
	<p>Article L.162-18-1 nouveau</p>
	<p>I. – L'entreprise assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles de toute spécialité pharmaceutique :</p> <p>1° Inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L. 162 22-7 ;</p> <p>2° Susceptible d'être utilisée en association, concomitamment ou séquentiellement, avec d'autres spécialités pharmaceutiques qui bénéficient, pour cette ou ces indications, en association avec la spécialité considérée, soit d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur l'une des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit d'une autorisation d'accès précoce en application des dispositions de l'article L. 5121-12 du même code ;</p> <p>3° Et ne disposant, pour cette ou ces indications en association, ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une autorisation d'accès précoce, ni d'une autorisation au titre de l'accès compassionnel ou d'un cadre de prescription compassionnelle en application des dispositions de l'article L. 5121-12-1 du même code ;</p> <p>informe, au plus tard le 15 février de chaque année, le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.</p> <p>II. – A. – Sur demande des entreprises mentionnées au I ou à leur initiative, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent directement autoriser l'utilisation et la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, répondant aux critères mentionnés au même I, dispensées en association aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou les hôpitaux des armées dans une indication pour lesquelles sont remplies les conditions mentionnées aux 2° et 3° du même I.</p> <p>La prise en charge mentionnée à l'alinéa précédent est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'information qu'il s'agit d'une utilisation effectuée dans le cadre ainsi défini.</p>

	<p>Le non-respect de cette obligation peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l’indu selon les modalités prévues à l’article L. 133-3.</p> <p>B. – L’utilisation et la prise en charge mentionnées au A du présent II sont subordonnées, tant que les entreprises mentionnées au I n’ont obtenu, au titre des indications en association mentionnées au même A, une autorisation de mise sur le marché et une inscription sur la liste prévue à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique ou une autorisation d’accès précoce en application des dispositions de l’article L. 5121-12 du même code, au versement de remises par ces entreprises. Ces remises sont reversées chaque année aux organismes mentionnés à l’article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont calculées sur la base du chiffre d’affaires hors taxes facturé aux établissements de santé et hôpitaux des armées au titre des indications en association mentionnées au A du présent II pour les spécialités et la période considérées.</p> <p>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.</p> <p>Les remises conventionnelles dues, le cas échéant, en application des dispositions de l’article L. 162-18, sur la même partie de chiffre d’affaires, sont déductibles du résultat du calcul découlant de l’application du barème mentionné à l’alinéa précédent.</p> <p>Pour l’application des deux premiers alinéas du présent B, le chiffre d’affaires facturé au titre des indications en association mentionnées au A du présent II est obtenu en multipliant le chiffre d’affaires total facturé par l’entreprise pour la spécialité considérée par la part de son utilisation dans les indications mentionnées au même A.</p>
<p>Article L. 162-22-7 actuel</p>	<p>Article L. 162-22-7 modifié</p>
<p>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 en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.</p> <p>La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la</p>	<p>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.</p> <p>La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation</p>

<p>maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.</p> <p>II. - Abrogé.</p>	<p>de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.</p> <p>II. - Abrogé.</p>
<p>Article L. 165-11 actuel</p>	<p>Article L. 165-11 modifié</p>
<p>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.</p> <p>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:</p> <p>1° La validation de leur efficacité clinique ;</p> <p>2° La définition de spécifications techniques particulières ;</p> <p>3° L'appréciation de leur efficacité au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.</p> <p>III. — En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les exploitants ou distributeurs au détail de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1.</p> <p>IV. — L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les exploitants ou par les distributeurs au détail d'études complémentaires demandées sur les produits de santé.</p> <p>V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>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.</p> <p>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:</p> <p>1° La validation de leur efficacité clinique ;</p> <p>2° La définition de spécifications techniques particulières ;</p> <p>3° L'appréciation de leur efficacité au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.</p> <p>III. — En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les exploitants ou distributeurs au détail de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1, sauf lorsque ces produits ont été évalués par cette même commission au titre d'une demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 et que le dernier avis rendu à ce titre, dont l'ancienneté ne dépasse pas la durée d'inscription qu'il préconise pour le produit concerné, conclut à un service attendu ou rendu suffisant.</p> <p>IV. — L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les exploitants ou par les distributeurs au détail d'études complémentaires demandées sur les produits de santé.</p> <p>V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L. 315-2 actuel</p>	<p>Article L. 315-2 modifié</p>
<p>I.-Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p>	<p>I.-Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p>

<p>II.-Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ; -sa justification, du fait de son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ; -la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou pour l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ; -le recours à une autre prestation est moins coûteux. <p>Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.</p> <p>Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.</p> <p>Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes ou sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>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-</p>	<p>II.-Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ; -sa justification, du fait de son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ; -la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou pour l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ; -le recours à une autre prestation est moins coûteux. <p>Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.</p> <p>Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.</p> <p>Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes ou sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code 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. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.-Si, indépendamment des dispositions du présent article relatives à la procédure d'accord préalable, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée aux articles L. 160-8 et L. 321-1 n'est pas 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</p>
---	---

conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.

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.

service des indemnités mentionnées à l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.

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 35 – Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières

I. Présentation de la mesure

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

1) Identification d'un modèle économique pour mobiliser les établissements de santé /opérateurs privés à la production en urgence de médicaments critiques

Lors de la première vague de l'épidémie de COVID-19, de fortes tensions d'approvisionnement sont apparues pour cinq médicaments indispensables pour les patients français hospitalisés dans les services de réanimation. L'explosion du nombre de patients en France, avec une durée de séjour très longue associée à une demande extrêmement forte de l'ensemble des pays dans le monde pour ces médicaments, a nécessité la mise en œuvre de modalités exceptionnelles pour sécuriser l'approvisionnement de ces médicaments. Aussi, un dispositif de régulation nationale a été mis en place sur ces 5 molécules prioritaires.

1. Un « sourcing » de matières premières d'importance majeure dans la prise en charge de patients graves entrant dans la composition de ces médicaments prioritaires a été possible, avec un achat par l'Ageps qui a sécurisé ainsi un stock dans l'établissement pharmaceutique (EP-HP) de l'AP-HP.
2. En parallèle, les équipes de pharmacotechnie de plusieurs CHU (réseau de PUI, soit 6 PUI) et l'EP-HP se sont mobilisées. La démarche se veut agile et adaptable aux enjeux et équipements des PUI. En effet, relativement peu de PUI sont en capacité de réaliser des préparations à partir de matières premières. En pratique courante, elles partent de spécialités pharmaceutiques stériles qui sont ensuite réparties (nutrition parentérale, chimiothérapie, etc.). Ce travail a été engagé en 2020 sur les monographies pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (cisatracurium, atracurium, rocuronium, kétamine, midazolam) en rupture ou en tension d'approvisionnement. Une production de lots pilotes a eu lieu dans six centres hospitaliers de référence (Lille, Lyon, Nîmes, Rennes, Bordeaux et Toulouse) avec mise en œuvre des contrôles et d'un double contrôle par ANSM.

L'augmentation massive des besoins en curare dans le contexte sanitaire est de nouveau apparu lors de la 3^{ème} vague (avril 2021). Des productions sont en cours de mise en œuvre aux HCL et au CHRU de Lille. Quelques lots de cisatracurium ont été constitués et stockés (HCL).

3. Un partenariat a été réalisé à la demande la DGS, entre l'AGEPS (donneur d'ordre), un établissement pharmaceutique privé, l'ANSM, les CHU de Lille et Lyon pour la production, par l'établissement, pour le compte de l'AGEPS, de préparations hospitalières de « cisatracurium solution injectable 50mg-5mL (10 mg/mL) ». Ainsi, le schéma de sous-traitance a été identifié entre l'AGEPS et l'établissement avec l'appui du ministère. Il a permis la mise à disposition d'environ 200 000 ampoules de cisatracurium suite à la confirmation de l'engagement de la commande par le ministère de la santé à l'AGEPS.

Le CISATRACURIUM 50mg-5ml (10 mg/mL) AP-HP dont l'EP de l'AP-HP est le fabricant, sous statut de préparation hospitalière, a été élaboré sur la base de la monographie établie par le réseau des PUI de CHU, elle-même issue de la pharmacopée américaine (USP), puis validée par l'ANSM, ainsi que des protocoles de fabrication et de contrôle puis des productions locales réalisées par les PUI des CHU de Lille et de Lyon, également validées et contrôlées par l'ANSM. Ainsi l'ANSM a sécurisé l'ensemble du processus. Les contrôles qualité sont confiés aux CHU de Lille et de Lyon dans le cadre de conventions inter-hospitalières. La réconciliation et la libération des lots est sous la responsabilité de l'Établissement pharmaceutique de l'AP-HP et de son pharmacien responsable.

Le fabricant du principe actif est le laboratoire Liangyungang Guike Pharmaceutical Co, Ltd (voir supra). La production de la préparation a été confiée en sous-traitance par l'EP de l'AP-HP à un laboratoire privé dans le cadre d'un marché négocié pour urgence impérieuse.

4. L'Établissement pharmaceutique de Santé publique France se porte désormais acquéreur de l'ensemble des lots de CISATRACURIUM 50mg-5mL (10 mg/mL) AP-HP, solution injectable fabriqués à la demande de l'Etat, afin de les mettre à disposition des PUI des établissements de soin dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de COVID-19.

Le but de cette mesure est de pouvoir renouveler à la demande une production en urgence de médicaments sous forme de préparations hospitalières par un maillage de PUI (réseau de PUI) ou un établissement pharmaceutique type EP-HP et de pouvoir la transposer à des façonniers en sous-traitance. La mise en place d'une telle organisation répond, au regard du retour d'expérience de la crise covid, à un réel enjeu de santé publique et permettra une anticipation des mesures et une production de médicaments vitaux (ici cisatracurium), dans un temps court, en cas de tension/rupture mondiale. En effet, en période de crise sanitaire et compte tenu de la demande mondiale, les stocks industriels sont extrêmement bas et ce, malgré une production industrielle pharmaceutique mondiale maximale. Aussi, la production de ces préparations hospitalières peut s'avérer essentielles pour une poursuite des soins des patients en réanimation, permettant d'intuber pour ventiler les patients.

Deux difficultés restent cependant à lever pour faciliter une telle démarche :

- la procédure d'autorisation d'une telle production normalement limitée à des produits pour lesquelles les fournisseurs ne prévoient pas de mise sur le marché ;

- un modèle économique qui sécurise les établissements de santé au-delà du seul remboursement entre établissements des préparations hospitalières et permette d'activer un dispositif de « scale up » auprès de façonniers.

2) Adapter le cadre des préparations magistrales et hospitalières

Le développement d'innovations thérapeutiques réalisées par des établissements de santé est limité sur certains aspects par le cadre réglementaire actuel, ne permettant pas aux patients de bénéficier de l'ensemble de l'arsenal thérapeutique adapté à leur état de santé :

1° En application du 1° ou du 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, le recours aux préparations hospitalières ou magistrales n'est possible qu'en l'absence de spécialité disponible ou adaptée 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.

Dès lors qu'il existe une spécialité disposant d'une autorisation de mise sur le marché, nationale ou centralisée, dans l'indication considérée, elle est considérée disponible sauf si elle fait l'objet d'une rupture de stock, d'une tension ou d'un arrêt de commercialisation.

Or, dans certaines situations, la spécialité bien que « disponible », n'est cependant pas accessible à tous les patients. C'est le cas des spécialités non commercialisées, soit parce que le laboratoire ne sollicite pas leur inscription au remboursement, soit du fait d'un échec des négociations avec le Comité économique des produits de santé ou d'un refus de prise en charge. S'agissant des médicaments classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, la spécialité n'est pas du tout accessible aux patients. Ces situations soulèvent des problèmes de santé publique auxquels il convient de remédier.

Par ailleurs, le recours aux préparations magistrales est réservé à l'absence de spécialité autorisée disponible dans l'indication considérée.

Or, cette faculté est essentielle notamment dans le champ de la transplantation de microbiote fécal. En effet, ce médicament, préparé à partir d'un matériau biologique (les selles d'origine humaine), est extrêmement variable dans sa composition (s'agissant du type et du nombre de souches bactériennes utilisées) et relève d'une médecine personnalisée. Si la multiplication attendue des spécialités à base de microbiote fécal bénéficiant d'une autorisation est une bonne nouvelle pour l'ensemble des acteurs du secteur, les structures hospitalières doivent pouvoir conserver, dans le même temps et compte tenu de la spécificité de cette thérapeutique, la possibilité de préparer et de délivrer des préparations magistrales, dans certains cas mieux adaptées aux besoins spécifiques de leurs patients.

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

a) Mesure proposée

1) Identification d'un modèle économique pour mobiliser les établissements de santé /opérateurs privés à la production en urgence de médicaments critiques

Cette mesure propose donc de lever les deux difficultés identifiées pour faciliter le déploiement d'une telle démarche en tant que de besoin :

1° en adaptant le statut des produits : soit une procédure d'autorisation par l'ANSM pour les médicaments produits en série à partir d'une monographie validée par l'ANSM, soit la formalisation d'un nouveau statut de « **préparations spéciales** » et leur dossier associé à partir d'une pharmacopée afin d'avoir recours aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou aux pharmacies d'officine pour les réaliser. Ces préparations spéciales auront pour objectif de répondre à des enjeux de tension, rupture ou crise sanitaire dans un périmètre défini par l'autorisation spéciale du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'ANSM. Ces préparations réalisées par les pharmacies à usage intérieur pourront être par la suite réalisées par les établissements pharmaceutiques sous-traitants (façonniers). Cette démarche de « scale-up » avec transition possible des pharmacies avec un dossier constitué à partir d'une pharmacopée vers les établissements pharmaceutiques sous-traitants est à encourager et passe par l'action initiale et agile des préparations spéciales en PUI.

2° En identifiant le niveau de financement incitatif à associer pour qu'un réseau de PUI mette en place un réseau avec des façonniers activables en cas de crise. Actuellement, les PUI produisent des préparations hospitalières soit pour leur usage propre, soit à destination d'autres établissements de santé. De même, l'AGEPS EP-HP est un établissement pharmaceutique pouvant produire des préparations hospitalières.

Il est proposé de créer un financement pour quelques établissements de santé (réseau de PUI) qui auraient développé la recherche et le développement de MTIM à risque très élevé de ruptures sur le territoire, répondraient à des critères relatifs à la capacité d'une production d'une volumétrie minimale de ces MITM dans des conditions validées, et seraient en mesure de développer une collaboration publique/privée par une opération de « scale up » avec des façonniers. Ce modèle de financement aurait pour objectif d'une part de permettre à un réseau de PUI de se constituer et de se préparer en amont à ce type de sollicitation et d'autre part de compenser le surcoût qu'une telle production représentera pour le réseau des PUI concernées. Il pourrait prendre la forme d'une dotation mission d'intérêt général.

Il serait nécessaire d'habiliter les structures participant au réseau de PUI. Les principaux critères pourraient être les suivants :

- Autorisation de préparation hospitalière injectable associée à un dossier ad hoc à transmettre par l'ES à l'ARS ;
- Réalisation de la R&D ;
- Réalisation d'un lot pilote ;
- Locaux conformes ;
- Système robuste de management de la qualité et des risques ;

- Compétences en pharmacotechnie hospitalière reconnues par l'université ou équivalent (expérience professionnelle de terrain reconnue, nombre de publications et type de publications (cotations publications...))
- Capacité à travailler avec le réseau ;
- Réalisation de la production d'un lot suffisamment important (1 mois de consommation de l'établissement, par exemple) ;
- Structure établissement pharmaceutique pour passer à la sous-traitance/scale up avec un façonnier.

Le financement associé prend en compte :

- Les personnels et moyens mobilisés en recherche et développement sans ou avec lot pilote ;
- Pour la production administrée à l'homme : le financement sera fonction du nombre de productions et de la taille des lots. Ce financement sera attribué que la production soit réalisée par l'établissement ou en lien avec un sous-traitant.

2) Adapter le cadre des préparations magistrales et hospitalières

La présente mesure prévoit une modification de la définition des préparations hospitalières et des préparations magistrales, en vue de favoriser l'accès des patients à un traitement qui leur est nécessaire :

1° Le 1° de l'article L. 5121-1 qui définit les préparations magistrales, est modifié pour remplacer le mot : « disponible » par les mots : « adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective » ;

2° Le 2° du même article qui définit les préparations hospitalières, est également modifié pour remplacer les mots « disponible ou adaptée » par « adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective ».

b) Autres options possibles

Maintien de la rédaction actuelle avec les ambiguïtés et difficultés associées.

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

1) Identification d'un modèle économique pour mobiliser les établissements de santé /opérateurs privés à la production en urgence de médicaments critiques

La mesure aura un impact sur les dépenses de l'assurance maladie par le biais du financement par dotation pour mission d'intérêt général qui sera versé aux établissements de santé concernés. 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 C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

2) Adapter le cadre des préparations magistrales et hospitalières

Cette mesure se traduit par une dépense supplémentaire supportée par l'assurance maladie car elle facilite l'accès des patients à des thérapeutiques adaptées grâce au recours aux préparations hospitalières lorsqu'une spécialité dûment autorisée n'est pas effectivement commercialisée du fait notamment d'une absence de prise en charge.

Dans une moindre mesure, s'agissant des préparations magistrales, cette mesure conduit à de moindres dépenses pour l'assurance maladie, par rapport à l'hypothèse d'un recours systématique à des spécialités pharmaceutiques commercialisées même quand elles sont moins adaptées à l'état de santé des patients concernées.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

Oui, la mesure est compatible 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. (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.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	1) <i>Non</i> 2) <i>Oui</i>
<i>Mayotte</i>	1) <i>Non</i> 2) <i>Oui</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	1) <i>Oui</i> 2) <i>Oui</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	1) <i>Non</i> 2) <i>Non</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	1) <i>Non</i> 2) <i>Non</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

1) Identification d'un modèle économique pour mobiliser les établissements de santé /opérateurs privés à la production en urgence de médicaments critiques

L'expérience actuelle permet d'estimer l'impact financier à partir des sept établissements actifs :

- Pour les établissements qui organisent une production par leur PUI :

L'investissement est de 60 000€ pour la recherche et développement et correspond à un ETP d'assistant spécialiste échelon 2, soit un coût de **420 000€** pour trois établissements.

Deux établissements de santé ont réalisé, à ce stade, un lot suffisant pour leur propre établissement. Ces établissements peuvent aller aisément sur deux productions suffisantes pour leur établissement chaque année. Le coût matériel dont les matières premières, l'équipement, le personnel et les contrôles pour un lot de cisatracurium d'ampoules dosées à 50 mg est d'environ 150 000 euros pour un lot de 20 000 ampoules de cisatracurium (valeur de l'ampoule cisatracurium = 7.371 euros). Le coût de production unitaire est donc de 300 000 €, soit un coût de 600 000 € pour les deux structures en capacité de produire deux fois par an. Les 4 autres structures PUI appartiennent au réseau et se sont portées volontaires pour réaliser des petits lots. Leur réelle contribution est à évaluer.

- Pour une structure, les travaux étant réalisés dans le cadre d'une sous-traitance avec un façonnier, le surcoût doit être apprécié au vu des charges d'animation de la fonction de donneur d'ordre, et du surcoût par rapport au prix du marché. En tenant compte de l'achat de la matière première en période de crise et du façonnage en période de crise, ce surcoût global est estimé à 500 000 euros (pour 210 000 ampoules). La mise en place d'un tel modèle, qui pourrait être constitué d'un réseau comprenant des PUI, un établissement pharmaceutique type

EP-HP et des façonniers avec lesquels un partenariat/collaboration/convention serait établi, permettrait en amont d'en définir les conditions et de diminuer les coûts de production.

Le coût de production est donc de l'ordre de 1,52 M€ par an.

L'impact financier global de la mesure est donc estimé à 1,5 M€ par an.

2) Adapter le cadre des préparations magistrales et pharmaceutiques

Le recours aux préparations hospitalières accompagnera la non commercialisation d'un médicament consécutive à sa non-inscription au remboursement du fait d'un service médicale rendu jugé insuffisant par la Commission de la Transparence ou d'un échec de négociations du prix au CEPS, en ouvrant une alternative thérapeutique pour les patients.

En 2021, deux médicaments ont illustrés cette problématique : Ces deux spécialités font actuellement l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre de l'accès précoce post AMM. L'arrêt de cette prise en charge pour la première spécialité est requis du fait que la CT a jugé son service médical rendu insuffisant dans l'indication considérée. S'agissant de la seconde spécialité, c'est l'impasse dans laquelle se trouve la négociation du prix du médicament au sein du CEPS depuis de nombreuses années qui justifie l'arrêt de cette prise en charge.

S'agissant de la première spécialité, sur la base d'un coût de fabrication de 61,84€ d'un flacon de 10 ml à 0,1% (10mg) sous forme de préparation magistrale, d'un recours en moyenne d'une unidose de 0,3 mg tous les deux jours, soit 183 jours, la consommation annuelle par patient s'établirait à 55 mg, soit 6 flacons. La population cible étant estimée à 15 000 patients, la dépense annuelle supportée par l'assurance maladie à ce titre serait de l'ordre de 5,6 M€.

Pour ce qui concerne la seconde spécialité à raison d'un coût de fabrication de 2,55€ d'une gélule de 10 mg sous forme de préparation magistrale, d'une moyenne de 10 cycles de 35 jours par an, à la posologie de 160 mg par cycle par patient et une population de 20 000 patients, la dépense annuelle supportée par l'AMM serait de l'ordre de 8 M€ (2,55 X 16 X 10 X 20 000 = 8,1 M€) ;

Au total, l'impact annuel de la mesure sur les dépenses d'assurance maladie pourrait ainsi être de l'ordre de 14 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		1) -1,5 M€ 2) - 14M€	1) -1,5 M€ 2) - 14M€	1) - 1,5M€ 2) - 14M€	1) -1,5 M€ 2) - 14M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

1) Identification d'un modèle économique pour mobiliser les établissements de santé /opérateurs privés à la production en urgence de médicaments critiques

Négligeable (scale up auprès de façonniers pharmaceutiques).

2) Adapter le cadre des préparations magistrales et pharmaceutiques

Sans objet

b) Impacts sociaux

1) Identification d'un modèle économique pour mobiliser les établissements de santé /opérateurs privés à la production en urgence de médicaments critiques

Accès facilité aux traitements de certains MITM à fort enjeux, notamment en cas de ruptures. Poursuite des soins des patients en réanimation, permettant d'intuber pour ventiler les patients qui en mourront sans ces médicaments, dans un contexte de crise sanitaire avec une demande accrue de médicaments vitaux non satisfaite,

2) Adapter le cadre des préparations magistrales et pharmaceutiques

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, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Texte réglementaire d'application pour définir le cahier des charges pour les établissements de santé concernés.

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 actuel du code de la santé publique	Article L. 5121-1 modifié du code de la santé publique
<p>On entend par :</p> <p>1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou 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, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-6 ;</p> <p>2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible, ou adaptée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou 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 ;</p>	<p>On entend par :</p> <p>1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible 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, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-6 ;</p> <p>2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée 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 ;</p> <p>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 et 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 :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Le ministre chargé de la santé, pour faire face à une menace ou une crise sanitaire grave.</p>

<p>3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;</p> <p>[...]</p>	<p>3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;</p> <p>[...]</p>
<p>Article L. 5121-21 actuel du code de la santé publique</p>	<p>Article L. 5121-21 modifié du code de la santé publique</p>
<p>Les dispositions du présent titre relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique visées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 s'appliquent aux hôpitaux des armées. Un décret en Conseil d'État détermine les adaptations qui peuvent être apportées, en ce qui concerne ces hôpitaux, aux procédures d'autorisation applicables aux établissements de santé.</p>	<p>I. – Pour l'application de l'article L. 5121-1 :</p> <p>1° Les hôpitaux des armées sont regardés comme des établissements de santé ;</p> <p>2° La pharmacie centrale des armées peut être habilitée à réaliser les préparations hospitalières mentionnées aux deuxième à quatrième alinéas du 2°.</p> <p>II. – Les dispositions du présent titre relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique visées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 s'appliquent aux hôpitaux des armées. Un décret en Conseil d'État détermine les adaptations qui peuvent être apportées, en ce qui concerne ces hôpitaux, aux procédures d'autorisation applicables aux établissements de santé.</p>

Article 36 – Accès direct au marché remboursé pour certains médicaments dès l'obtention de l'avis de la Haute Autorité de santé

I. Présentation de la mesure

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

A l'occasion du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) 2021, le Président de la République a souhaité réaffirmer la volonté du Gouvernement de réduire les délais d'accès des patients aux médicaments et les délais d'accès au marché remboursé pour les industries pharmaceutiques.

Aujourd'hui, la procédure est règlementairement encadrée et le délai est fixé à 180 jours entre la demande d'inscription sur les listes de remboursement et la décision effective. En moyenne, en 2019, ce délai était de 147 jours pour les premières demandes d'inscription sur la liste en sus et de 144 jours pour les premières demandes en ville. Cependant, dans certains cas, ces délais peuvent être plus longs, notamment lorsque les deux parties prenantes à la négociation ne sont pas alignées.

Pour les maladies graves, rares et invalidantes, et lorsque le besoin thérapeutique existe, un médicament présumé innovant peut-être pris en charge jusqu'à trois ans en amont de son autorisation de mise sur le marché (AMM), et jusqu'à son remboursement de droit commun lorsque le pari de la valeur du produit est tenu, dans le cadre du dispositif de « l'accès précoce ».

La mesure 4 du CSIS 2021, « Permettre une équité d'accès aux soins pour les patients et offrir aux innovations un cadre d'accès au marché accéléré et simplifié », propose de compléter ce dispositif avec la mise en place d'un mécanisme d'accès immédiat au marché pour les médicaments avec une amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau 1 à 4 dès la publication de l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS), avec un test pendant deux ans.

Cette mesure constituera un nouvel outil pour accélérer l'accès au marché au côté de l'accès précoce

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

a) Mesure proposée

La mesure propose la mise en place d'une expérimentation en complément de l'accès précoce, dit dispositif d'accès direct. Cette expérimentation permettra à certains médicaments de bénéficier, dans une indication donnée, d'une prise en charge dès la publication de l'avis de la HAS et pour une durée d'un an, afin de faire bénéficier aux patients et aux industriels d'un accès au marché anticipé par rapport aux 180 jours règlementaires, et d'assurer une jonction avec le droit commun en cas de durée de négociation exceptionnellement allongée. Ce dispositif est prévu comme un complément de l'accès précoce. Ainsi, il vise prioritairement des médicaments non éligibles à l'accès précoce. En effet, il est fortement attendu qu'un laboratoire exploitant un médicament présumé innovant, sans alternative thérapeutique, traitant une maladie grave, rare ou invalidante passe par le dispositif de l'accès précoce (AP) de façon à assurer d'une part l'accès aux patients le plus tôt possible, et d'autre part de permettre le recueil de données utiles à son évaluation et utilisation en vie réelle.

La demande sera à la discrétion du laboratoire, une fois l'avis de la HAS au titre de sa demande d'inscription sur les listes de droit commun publié. A titre expérimental donc, pendant deux ans à partir du début de l'expérimentation, les produits non remboursés par ailleurs pourront, sur demande de l'industriel les exploitant, bénéficier d'un accès direct, dès lors que leur évaluation par la HAS mentionne un service médical rendu important ainsi qu'une amélioration de ce service médical rendu. Le laboratoire devra s'engager à permettre d'assurer les continuités de traitement des patients initiés dans ce dispositif expérimental pendant un an.

Pour les médicaments de la réserve hospitalière, seuls les médicaments éligibles à la liste en sus pourront entrer dans le dispositif. Pour les autres, ils pourront être dispensés en pharmacie à usage intérieur.

Le prix de ces produits sera librement fixé par l'industriel mais celui-ci devra reverser des remises à l'assurance maladie sur la base de forfaits préétablis en fonction de catégories de médicaments déterminées au regard de la nature du produit, de la taille de la population cible et de l'existence de comparateurs pour la ou les indications considérées, ainsi que du niveau d'amélioration du service médical rendu. Les établissements seront remboursés sur le prix d'achat.

La prise en charge cessera dès que le premier des éléments suivants surviendra : (i) le délai d'un an est atteint ; (ii) une décision relative à l'inscription du médicament dans le droit commun est prise ; (iii) l'exploitant retire sa demande de remboursement de droit commun ou d'accès direct.

A la fin du dispositif d'accès direct, en fonction du prix net négocié avec ou le cas échéant, fixé par le CEPS, ou du prix de référence fixé en absence d'inscription au remboursement de droit commun, et du coût de prise en charge pendant l'accès direct, l'exploitant pourra être amené à verser des remises complémentaires.

Enfin, un rapport est prévu vingt-et-un mois après le début de l'expérimentation, de façon à analyser le dispositif. Ce rapport présentera, en particulier, les demandes déposées pour bénéficier du dispositif et leurs caractéristiques notamment les évaluations de la Haute Autorité de santé relatives aux comparateurs, à l'amélioration du service médical rendu ainsi que leur population cible, les aires thérapeutiques visées et leur gravité ou rareté le cas échéant, l'évolution parallèle du nombre de dépôts de demandes d'autorisations d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et leur temporalité, la durée des accès directs, le nombre de patients traités pendant cet accès anticipé, les dépenses engagées au titre de cet accès, le passage ou non dans le remboursement de droit commun, les modalités et les conditions tarifaires de cet éventuel passage dans le droit commun, notamment au regard de spécialités

comparables n'ayant pas bénéficié du dispositif. Le rapport étudiera la pertinence d'une pérennisation du dispositif au terme de l'expérimentation au regard des éléments précités.

b) Autres options possibles

Il aurait été possible de prévoir un dispositif pérenne, cependant une expérimentation a été retenue de façon à analyser les effets d'un tel schéma de prise en charge anticipée sur la couverture des besoins des patients, l'articulation avec l'accès précoce, l'impact sur les délais de négociation vers le droit commun et l'impact budgétaire avant une éventuelle généralisation.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie en anticipant le remboursement par rapport au droit commun. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet, s'agissant de dispositions relatives à une expérimentation

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Du fait de l'anticipation de la prise en charge en moyenne de six mois mais jusqu'à un an des médicaments entrant dans le dispositif expérimental ainsi que des possibles effets collatéraux en matière de tarification de droit commun à l'issue du dispositif (risque non écarté en amont de l'expérimentation), il est fait l'hypothèse d'un surcoût supplémentaire de 100M€ par an (application en cours d'année 2022 et montée en charge progressive durant les premiers mois).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)			
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)			
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre				
- Maladie		+30	+130	+230
- AT-MP				
- Famille				
- Vieillesse				
- Autonomie				
(Autre : Etat, etc.)				

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

a) Impacts économiques

La mesure est de nature à avoir un impact économique positif pour les entreprises souhaitant mettre à disposition, de manière anticipée par rapport au droit commun, leurs médicaments lorsqu'ils répondent aux critères de l'expérimentation.

b) Impacts sociaux

La mesure impactera positivement les assurés, car elle permettra un accès anticipé aux médicaments présentant une amélioration du service médical rendu qui ne sont pas éligibles à l'accès précoce ou pour lesquels le laboratoire n'en fait pas la demande.

• Impact sur les jeunes

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

• Impact sur les personnes en situation de handicap

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

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact particulier sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure n'induit pas d'impacts particuliers supplémentaires pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

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

La mesure aura un impact sur les services devant vérifier la validité des dossiers, produire les arrêtés de prise en charge et mettre à jour du référentiel associé puis produire le rapport final.

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

La mise en œuvre de la mesure sera normalement réalisée dans le cadre des ressources existantes. Si des renforts humains sont spécifiquement dédiés à la mise en œuvre du CSIS, certains pourront être consacrés à la mise en œuvre de cette mesure.

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 précisera les modalités d'application de la mesure. Il sera publié au cours du premier semestre 2022.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière d'information n'est à prévoir. Les patients seront informés par leur médecin du dispositif spécifique d'accès direct lors de la prescription.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM et un rapport sera à remettre au parlement vingt-et-mois après le début de l'expérimentation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ce dispositif ne crée ni ne modifie de dispositions codifiées.

I. Présentation de la mesure

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

Le marché des médicaments biologiques concernés par des biosimilaires en 2021-2022 représente plus de 2,5 milliards de dépenses annuelles. Les médicaments biosimilaires, dont le prix est inférieur de 15 à 30% par rapport aux médicaments biologiques de référence, représentent un gisement conséquent d'économies annuelles potentielles. De surcroît, les échéances de brevet des années à venir permettent d'envisager une augmentation importante du panier de soins biosimilarisés à hauteur de 1,3 milliards d'euros à l'horizon 2025. Le contexte législatif et réglementaire français permet actuellement de soutenir la pénétration des médicaments biosimilaires grâce à un ensemble de mesures incitatives.

Ces différentes mesures incitatives visent à couvrir l'utilisation des biosimilaires dans l'ensemble des champs hospitalier et ambulatoire tout au long du parcours de soins du patient et reposent sur des incitations au référencement ou à la prescription :

- l'incitation à l'utilisation en intra-hospitalier (achats hospitaliers, CAQES, mesure LFSS 2020) ;
- les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) (expérimentation depuis octobre 2018 et dispositif de droit commun depuis 2019) ;
- l'utilisation dans le domaine ambulatoire (avenant 9 à la convention médicale signé en juillet 2021) ;

Ces différentes mesures ont permis et permettront d'améliorer le recours aux biosimilaires. Cependant, les effets pourraient en être renforcés, en particulier dans l'axe principal de développement du marché des biosimilaires, qui repose sur le champ ambulatoire. Les prescriptions de ce champ se partagent entre prescriptions hospitalières exécutées en ville (57% des montants remboursés) et prescriptions des praticiens libéraux (43% des montants remboursés).

L'autorisation de la substitution par le pharmacien en initiation de traitement d'un médicament biologique par son biosimilaire a également été permise par la LFSS pour 2014. Néanmoins, au regard de l'impossibilité de répondre techniquement aux exigences de suivi et de traçabilité des délivrances requises par l'ANSM, cette possibilité prévue par la loi n'a pu être mise en œuvre et la disposition a donc été abrogée.

Il s'agit à présent de compléter les leviers existant pour améliorer le recours aux médicaments biosimilaires en ville, en construisant un dispositif autour du pharmacien, en relation avec le prescripteur et le patient. La mise en œuvre de la substitution doit pouvoir s'inscrire en complément des dispositifs précédents afin de permettre une lisibilité globale de la politique incitative tout en garantissant la sécurité sanitaire des patients et l'acceptabilité du dispositif. Cette mesure nécessite une modification législative.

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

a) Mesure proposée

L'objet de la mesure n'est pas de rétablir en l'état la disposition de la LFSS pour 2014 mais de fixer les groupes biologiques au sein desquels le pharmacien d'officine pourra substituer ainsi que les conditions et modalités dans lesquelles cette substitution devra s'opérer, de façon à assurer la sécurité, l'acceptabilité et la concertation entre prescripteur, pharmacien et patient et ne pas superposer les dispositifs incitatifs. Cette substitution ne sera pas légalement limitée à l'initiation de traitement mais pourra l'être au cas par cas en fonction des recommandations de l'ANSM.

Ainsi, la substitution par le pharmacien sera autorisée pour une liste définie de groupes biologiques et dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour chacun des groupes concernés, après avis de l'ANSM. Ainsi, il est prévu une mise en œuvre progressive, avec un nombre restreint de groupe dans une première étape. Tout élargissement du périmètre fera l'objet de discussions avec l'ensemble des parties prenantes et prendra en considération les questions de sécurité du patient, d'acceptabilité des professionnels, des patients et de tous les acteurs concernés, ainsi que d'articulation avec l'ensemble des autres dispositifs d'incitation.

Cette substitution devra par ailleurs s'inscrire dans un échange entre le prescripteur, le patient et le pharmacien.

Par ailleurs, la substitution devra se faire de façon à dispenser un conditionnement dont le prix est au plus égal au médicament prescrit.

Il reviendra aux syndicats représentatifs des pharmaciens et à l'assurance maladie de négocier les conditions tarifaires relatives à cette nouvelle mission du pharmacien, et, de la même façon que pour les génériques, un accord national fixera annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités biologiques similaires au sein des groupes substituables.

b) Autres options possibles

Parmi les autres options, aurait pu être envisagée une expérimentation pour mettre en place la substitution. D'une part, cette expérimentation aurait dû être prévue par la loi car la substitution par le pharmacien ne peut pas passer par une expérimentation dite « article 51 » dans le cadre légal actuel, et d'autre part la mise en place progressive de la substitution, par étapes successives, est tout aussi possible par un dispositif pérenne, tout en permettant directement un déploiement national, avec des garanties de sécurité qui seront données.

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

La mesure permettra de générer des économies pour l'assurance maladie en augmentant le recours à des médicaments biosimilaires moins chers que leurs médicaments de référence et en créant les conditions d'une diversité d'offres dans le secteur des biomédicaments. S'agissant d'économies à caractère permanent sur les dépenses d'assurance maladie, elles trouvent leur place en LFSS conformément au 2° du C du III de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée et crée l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique. Elle modifie les articles L. 162-16, L. 162-16-1 et L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le dispositif de substitution doit permettre de concentrer son périmètre sur des produits de ville pour lesquels le recul est suffisant, le **taux de pénétration des médicaments biosimilaires est trop faible**, a minima 10 points sous la cible des 80%. Elle doit par ailleurs **éviter toute superposition des incitations**, sur le principe d'un seul paiement au titre d'une initiation par un médicament biosimilaire ou d'un switch vers un médicament biosimilaire pour un patient et un professionnel de santé donné tel qu'inscrit dans la convention médicale.

Pourraient par exemple être initialement concernées par la substitution les deux groupes biologiques suivants : somatropine et le pegfilgrastim. Au regard des montants remboursés, on peut estimer les économies à 8M€ avec une cible de 80% atteinte.

L'enveloppe à consacrer pour développer la substitution des pharmaciens est une fraction de ces économies attendues sur ces molécules.

En faisant l'hypothèse que la substitution montera en charge sur l'année 2022, et que 20% des économies générées soient redistribuées aux pharmacies, il est attendu un gain de 6M€ d'économie par an sur ces deux seules molécules en sachant que la liste a vocation à être élargie et que l'incitation devra également suivre les évolutions tarifaires de ces produits.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		+ 3	+6	+10	+20
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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, en encourageant le recours à la prescription de médicaments biosimilaires permettra d'accompagner le développement des industries spécialisées dans cette filière, tiré structurellement par l'augmentation des tombées de brevets.

b) Impacts sociaux

La mesure n'a pas d'impacts sociaux.

• 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 est sans impact environnemental.

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

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

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

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

Les pharmaciens seront incités à délivrer des biosimilaires en contrepartie d'honoraires spécifiques ou de rémunération de type ROSP à négocier avec l'assurance maladie pour compenser la perte de marge de distribution.

Aucune démarche particulière n'est attendue des assurés qui se verront délivrer des biosimilaires.

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

Evolution de la convention régissant les relations entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats de pharmaciens d'officine afin de mettre en place des objectifs de substitution en initiation de traitement, à l'instar des dispositifs d'incitation à la substitution pour les génériques.

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

En fonction de l'incitation retenue dans la convention susmentionnée, des développements techniques pourront être à prévoir.

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.

Plusieurs textes d'application sont nécessaires : un arrêté des ministres de la santé [et de la sécurité sociale] fixant la liste des groupes biologiques similaires autorisés pour la substitution par le pharmacien, un arrêté des ministres de la santé [et de la sécurité sociale] définissant les conditions de substitution et d'information du prescripteur, des dispositions conventionnelles relatives aux mesures de développement des biosimilaires et un accord national entre l'UNCAM et les organisations syndicales pour fixer des objectifs chiffrés.

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

Il est attendu que la disposition puisse prendre effet au second semestre 2022, en fonction cependant des négociations conventionnelles. Aucune mesure transitoire n'est à prévoir.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une campagne d'information des assurés sera conduite par la CNAM pour accompagner le lancement de la mesure.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les données sur les ventes de médicaments biologiques aux officines seront suivies par le GERS (groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article L. 5125-23-2 nouveau du code de la santé publique</p>
	<p>Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :</p> <p>1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire, au sens du b du 15° de l'article L. 5121-1, que le médicament biologique prescrit ;</p> <p>2° Ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, fixée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;</p> <p>3° Lorsqu'elles existent, les conditions mentionnées au 2° peuvent être respectées ;</p> <p>4° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;</p> <p>5° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.</p> <p>Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.</p> <p>Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.</p>
<p align="center">Article L. 162-16 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-16 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 5123-1 du code de la santé publique.</p> <p>II.-Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.</p>	<p>I.-Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 5123-1 du code de la santé publique.</p> <p>II.-Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.</p>

<p>Les dispositions du III du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.</p> <p>III.-La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :</p> <p>1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;</p> <p>2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.</p> <p>Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.</p> <p>Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.</p> <p>Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.</p> <p>Pour les groupes génériques, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent III s'applique à compter de deux ans suivant la publication au Journal officiel ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé du prix de la première spécialité générique du groupe.</p> <p>IV.-Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article.</p> <p>V.-(Abrogé).</p> <p>VI.-En cas d'inobservation des dispositions des III et V du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux mêmes III et V, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.</p> <p>Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.</p> <p>VII.-Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite.</p> <p>Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.</p> <p>Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.</p>	<p>Les dispositions du III du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.</p> <p>III.-La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :</p> <p>1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;</p> <p>2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.</p> <p>Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.</p> <p>Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.</p> <p>Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.</p> <p>Pour les groupes génériques, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent III s'applique à compter de deux ans suivant la publication au Journal officiel ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé du prix de la première spécialité générique du groupe.</p> <p>IV.-Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article.</p> <p>V.- Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-2 du même code, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus onéreux du même groupe.</p> <p>VI.-En cas d'inobservation des dispositions des III et V du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux mêmes III et V, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.</p> <p>Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.</p> <p>VII.-Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par</p>
---	---

	<p>ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite.</p> <p>Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.</p> <p>Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.</p>
<p>L. 162-16-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>L. 162-16-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>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.</p> <p>La convention détermine notamment :</p> <p>1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° (Abrogé) ;</p> <p>4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;</p> <p>5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>7° bis La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique. 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 ;</p> <p>8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel</p>	<p>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.</p> <p>La convention détermine notamment :</p> <p>1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° (Abrogé) ;</p> <p>4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;</p> <p>5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques et biologiques similaires ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>7° bis La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique. 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 ;</p> <p>8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel</p>

<p>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 atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;</p> <p>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 ;</p> <p>10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ;</p> <p>11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télé-médecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;</p> <p>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.</p> <p>13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;</p> <p>14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>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, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin.</p> <p>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 de diagnostic rapide. 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.</p> <p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.</p>	<p>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 atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;</p> <p>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 ;</p> <p>10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ;</p> <p>11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télé-médecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;</p> <p>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.</p> <p>13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;</p> <p>14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>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, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin.</p> <p>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 de diagnostic rapide. 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.</p> <p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.</p>
---	---

<p>Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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° du D du I de l'article LO 111-3 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° et aux 13° à 16° 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 compatibles 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.</p> <p>Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.</p>	<p>Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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° du D du I de l'article LO 111-3 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° et aux 13° à 16° 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 compatibles 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.</p> <p>Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.</p>
<p>Article L. 162-16-7 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-16-7 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.</p> <p>Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.</p> <p>La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la protection</p>	<p>Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code et de médicaments biologiques similaires figurant dans un groupe biologique similaire, au sens du b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour lequel la substitution est autorisée en application de l'article L. 5125-23-2 du même code.</p> <p>Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau</p>

<p>complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, dans les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.</p>	<p>constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.</p> <p>La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques ou commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, dans les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.</p>
--	--

I. Présentation de la mesure

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

Les articles L. 162-16-4 (I) et L. 165-2 (I) du code de la sécurité sociale précisent respectivement les critères de fixation du prix de vente des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, par convention ou à défaut par décision du CEPS.

Les II des mêmes articles identifient, pour le médicament et pour le dispositif médical, respectivement 7 et 9 critères spécifiques autonomes permettant, par convention ou par décision, de fixer ce prix à un niveau inférieur ou de baisser un prix existant au regard d'un ou plusieurs desdits critères.

Aux termes des I des articles susmentionnés, la fixation du prix « tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. »

Ces critères « principaux » de fixation de prix, légalement précisés, font donc toujours l'objet d'un examen par l'administration sans être toutefois limitatifs, s'agissant seulement de critères « principaux ».

Dans un contexte de tensions d'approvisionnement et de ruptures de stocks croissantes, le Gouvernement souhaite renforcer la prise en compte de l'empreinte industrielle dans la fixation des prix des produits de santé, de façon à inciter à l'augmentation des capacités de production en vue de l'approvisionnement du marché national, en inscrivant expressément ce critère de prix dans les articles susmentionnés.

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

a) Mesure proposée

Afin de renforcer la prise en compte de l'empreinte industrielle dans un objectif de limiter les risques de rupture d'approvisionnement, cette mesure propose d'inscrire un nouveau critère de fixation des prix des produits de santé.»

L'ajout de ce nouveau critère ne revient pas sur le système de tarification actuel des produits de santé fondé principalement sur la valeur thérapeutique du produit mais affiche ainsi expressément la prise en compte d'une implantation industrielle garantissant une production à destination du territoire national en complément des critères principaux.

Les conditions d'application, notamment relatives aux justificatifs à fournir au comité et aux étapes de production retenues en vue de la considération de la sécurisation de l'approvisionnement, devront faire l'objet d'un cadrage. En particulier, toute entreprise bénéficiant de l'application de ce critère devra présenter des garanties de son engagement effectif à mettre en œuvre des actions de nature à sécuriser l'approvisionnement du marché français.

b) Autres options possibles

A cadre constant, ce critère de politique industrielle peut être utilisé et l'écriture actuelle de la loi ne fait pas obstacle à son utilisation dans la mesure où la prise en compte, au regard d'une situation spécifique le justifiant, de critères de fixation de prix supplémentaires, par rapport à ceux expressément listés à l'article L. 162-16-4 est possible. Mais l'option du *statu quo* législatif a été écartée de manière à présenter expressément la prise en compte de l'empreinte industrielle dans la fixation du prix, de permettre un usage plus aisé, et plus transparent de ce critère, et de sécuriser juridiquement les décisions de tarification prises sur son fondement.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France en ce qu'elle concerne la tarification de produits de santé admis au remboursement.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen. Il faudra cependant pouvoir justifier, le cas échéant auprès de la Commission Européenne, que la mise en œuvre concrète de ce critère ne constituera pas une distorsion de concurrence au regard du TFUE, ou une atteinte à la libre circulation au sein du marché intérieur, en privilégiant certaines entreprises au détriment d'autres.

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

a) Possibilité de codification

La mesure prévoit de modifier les articles L. 162-16-4 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Il est attendu que l'affichage de la prise en compte de ce critère industriel dans la tarification, et donc l'effet produit sur une augmentation des implantations mène à des surcoûts annuels de l'ordre de 15 M€ initialement, puis 30M€ à terme.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)			
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)			
	Coût ou moindre recette (signe -)			

Régime général/ROBSS/autre	+0	+15M€	+45M€	+75M€
- Maladie				
- AT-MP				
- Famille				
- Vieillesse				
- Autonomie				
(Autre : Etat, 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 est de nature à favoriser l'attractivité du territoire, et le développement de sites industriels pharmaceutiques et de dispositifs médicaux ; elle favorisera la stimulation de la croissance économique européenne.

b) Impacts sociaux

Cette mesure est susceptible d'être créatrice d'emplois du fait de l'implantation de capacités de production induite par l'insertion de ce nouveau critère industriel dans la loi ; elle est également susceptible de préserver l'emploi existant, en créant une incitation supplémentaire à l'absence de délocalisation des activités productives en santé.

• *Impact sur les jeunes*

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

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

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

c) Impacts sur l'environnement

La mesure pourrait avoir un impact positif sur l'environnement à deux égards :

- elle est susceptible de réduire la distance existante en matière de sources d'approvisionnement en produits de santé et de favoriser des « circuits courts » d'acheminement de produits ;
- elle permettra d'appliquer des normes environnementales européennes à une part plus importante des industries de santé (les normes environnementales en Asie par exemple étant généralement moins contraignantes que les normes européennes).

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

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

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

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

La mesure n'est pas de nature à avoir un impact sur les démarches des assurés.

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

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants. Toutefois, comme le recommande le rapport Biot, l'efficacité de cette mesure sera démultipliée une fois la mise en place d'un outil dématérialisé par l'ANSM de cartographie des sites industriels et des chaînes de fabrication.

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

La mise en œuvre de la mesure sera réalisée dans le cadre des ressources existantes.

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

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

Les conditions d'application de la mesure seront publiées par décret en Conseil d'Etat au premier semestre 2022. Il conviendra de consulter les organismes publics et privés concernés (représentants des entreprises pharmaceutiques et des exploitants de dispositifs médicaux).

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité d'information spécifique vis-à-vis des assurés et cotisants n'est envisagée.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L162-16-4 actuel du code de la sécurité sociale	Article L162-16-4 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.</p> <p>[...]</p>	<p>I. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Elle peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.</p> <p>[...]</p>
Article L. 165-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 165-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.</p> <p>[...]</p>	<p>I.-Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. Pour les produits ou prestations inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la fixation de ce tarif peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.</p> <p>[...]</p>

Article 39 – Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine

I. Présentation de la mesure

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

La sérialisation fait partie des dispositifs de sécurité visant à lutter contre l'introduction de médicaments falsifiés dans l'Union européenne introduits par la directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011. Un numéro d'identification unique est attribué à chaque boîte de médicament par le fabricant, lisible en clair sur la boîte et encodé dans un code barre bidimensionnel appelé « datamatrix ». Ce numéro permet un suivi tout au long de la chaîne de distribution jusqu'à l'officine. Le pharmacien scanne le datamatrix présent sur la boîte pour vérifier l'authenticité des informations inscrites sur le produit et désactive ainsi l'identifiant unique qui ne peut plus être attribué à une autre boîte.

Le règlement délégué 2016/161 de la Commission européenne du 2 octobre 2015 est entré en vigueur le 9 février 2019. Le Ministère chargé de la santé a souhaité rappeler et rendre plus visible dans un texte de portée nationale les obligations qui incombent à tous les pharmaciens en vertu de cette réglementation européenne. C'est en ce sens qu'a été adopté l'arrêté du 26 février 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments en officine.

Le 23 août 2021, seules 708 officines de pharmacie sur 21 300 étaient connectées, ce qui représente à peine 3,3% du total.

Or, la lutte contre la falsification des médicaments est une nécessité au regard des enjeux de santé publique et une question d'égalité au sein de l'Union européenne au niveau de la qualité de la chaîne du médicament. Cet enjeu a été renforcé avec la crise sanitaire de la COVID-19. Si les cas de médicaments falsifiés semblent peu nombreux en France, ils existent toutefois lorsqu'ils peuvent être détectés. A l'avenir, le fait que la France soit le pays européen les plus en retard pour la désactivation des identifiants uniques des médicaments vendus en officines au sein de l'Union européenne engendre un risque accru de médicaments falsifiés sur le marché européen, et notamment en France, si les identifiants ne sont pas contrôlés (les identifiants uniques n'étant pas désactivés dans le répertoire commun, les conditionnements et les identifiants peuvent être réutilisés et remis sur le marché).

Aussi, les agences régionales de santé (ARS) ont été à nouveau mobilisées. Une instruction (N° DGS/PP2/2021/151 du 13 juillet 2021) leur a notamment été adressée le 16 juillet leur demandant d'inclure systématiquement le respect des obligations de la sérialisation par les pharmaciens lors des contrôles en officine et d'adresser avant le 6 septembre un courrier de rappel à la réglementation et aux sanctions encourues à tout titulaire d'officine non connectée au répertoire national de vérification des médicaments (NMVS). De plus, il a été demandé à ce que le respect des obligations liées à la sérialisation des médicaments soit intégré parmi les objectifs nationaux d'inscription-contrôles (ONIC) à partir de 2022.

La Commission européenne attend 3 000 officines nouvelles connectées au NMVS chaque mois. La France a fait part à la Commission européenne le 6 juillet dernier, lors d'une réunion technique et par courrier en date du 21 juillet 2021 des actions mises en œuvre et à venir. Il a été notamment mentionné que la piste de sanction en cas de non-respect des obligations liées au règlement délégué du 2 octobre 2015 était à l'étude et serait insérée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Cette mesure vise à renforcer les moyens et les autorités ayant des pouvoirs de sanctions financières pour inciter fortement les pharmaciens retardataires à se mettre en conformité et notamment éviter ainsi à la France de s'exposer à de lourdes sanctions financières par la Commission européenne.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à ouvrir la possibilité pour l'assurance maladie d'appliquer une pénalité financière aux pharmaciens qui ne respectent pas leurs obligations en matière de sérialisation des médicaments, consistant lors de leur dispensation à la vérification de la présence du dispositif anti-effraction et à la désactivation préalable de l'identifiant unique sur chaque boîte délivrée concernée (dispositifs prévus aux articles R. 5121-138-1 et R. 5121-138-3 du code de la santé publique et rappelés dans l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments en officines). Le montant et les modalités d'application de cette pénalité, dont le montant ne peut être inférieur à 350 euros ni excéder 10 000 euros par année civile, seront définis par voie réglementaire. Une disposition transitoire est prévue pour appliquer une pénalité de 350 € à l'encontre des pharmaciens qui n'auront pas de connexion au répertoire national de vérification des médicaments d'ici le 31 janvier 2022. A noter qu'une telle connexion est réalisable en quelques jours et que les pharmacies d'officine doivent être connectées en application du règlement européen entré en vigueur en février 2019.

Cette disposition vient compléter le dispositif de sanctions financières à la main des ARS pour non-respect des obligations en matière de lutte contre la falsification des médicaments figurant dans l'arrêté du 26 février 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5125-5 du code de la santé publique.

L'objectif de cette pénalité est d'inciter les pharmaciens d'officines concernés à engager une mise en conformité avant la fin de l'année et que cette pénalité ne trouve donc pas à s'appliquer.

b) Autres options possibles

Le recours aux procédures contentieuses des CPAM a été envisagé sous la forme d'une mesure pour conditionner la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments soumis à la sérialisation au respect des obligations qui incombent au pharmacien lors de la dispensation de ceux-ci, qui consistent à vérifier la présence du dispositif anti-effraction et à désactiver l'identifiant unique sur chaque boîte délivrée (dispositifs prévus aux articles R. 5121-138-1 et R. 5121-138-3 du code de la santé publique), obligations rappelées dans l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments. En conditionnant la prise en charge du médicament à la sérialisation préalable, les pharmaciens d'officines sont contraints de se connecter au répertoire national de vérification des médicaments pour pouvoir bénéficier du remboursement des médicaments concernés délivrés qu'ils facturent à l'assurance maladie sous peine de sanctions en cas de non-respect de cette condition. L'absence de désactivation de l'identifiant unique par le pharmacien aurait pu constituer un motif d'inobservation des règles de santé publique ou de facturation des médicaments susceptible d'entraîner la mise en œuvre de sanctions par les caisses d'assurance maladie.

Si ce type de procédures contentieuses des CPAM sont effectives, elles s'avèrent dans les faits difficiles à mettre en œuvre. Cette mesure présente également un risque pour les assurés de non prise en charge en cas d'avance de frais, ce qui n'est pas envisageable. En outre, d'un point de vue pratique, cette mesure pourrait avoir des impacts sur la procédure Sesam vital dont le délai de mise en œuvre serait trop long par rapport au délai d'application souhaitée de la mesure.

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

La place en LFSS de la mesure se justifie au regard de la disposition du B, 2° du V de l'article LO. 111-3 du CSS : elle aura un effet sur les recettes de l'année t des années ultérieures des caisses du fait du recouvrement des sommes liées aux pénalités appliquées aux pharmaciens ne respectant pas leurs obligations de la sérialisation.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure 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 l'article L. 162-16-3-2 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	Oui
Mayotte	Oui
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Oui pour Saint Martin/non pour Saint Barthelemy
Saint-Pierre-et-Miquelon	Non
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure propose un seuil minimal de 350 euros pour fixer la valeur de la sanction, correspondant à la somme dont les pharmaciens auraient dû s'acquitter auprès des éditeurs de logiciels s'ils avaient respecté leurs obligations (le cout d'équipement pour se connecter au répertoire national de vérification des médicaments (NMVS) est d'environ 350 € pour l'installation et ensuite de 8 € par mois pour l'abonnement). Par ailleurs, et de façon facultative, si les pharmaciens souhaitent se connecter via le connecteur mis à disposition par le CNOP sur demande de la profession pour sécuriser et anonymiser la connexion au répertoire national de vérification des médicaments, un forfait de 44€ par an devra être versé par le pharmacien à ce dernier.

Ainsi, dans l'hypothèse où 20 % des 20 000 pharmacies ne mettraient pas en œuvre leurs obligations de sérialisation en 2021, la sanction appliquée aux pharmaciens d'officine représentera une recette pour l'assurance maladie estimée à 1,4 M€ (avec le montant minimal de la sanction de 350€).

En 2023, il est probable que 5% de pharmacie ne soient toujours pas connectées, ce qui porterait le rendement de la mesure à 350 K€ (en considérant toujours le minimum légal prévu) mais qui pourrait être augmenté si les CPAM décidaient d'appliquer un montant plus élevé du fait du caractère répété du manquement.

Enfin, il convient de noter que le rendement de cette mesure est à mettre en perspective du montant des sanctions encourues au niveau européen (recours en carence de transposition de la directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011) estimé entre 360 et 400 millions d'euros pour la France.

Dans le tableau sont indiquées les valeurs basses, avec la borne basse de la sanction (350 euros).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		+1,4 M€	+ 350 K€	0	0
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Le non-respect des obligations communautaires de la sérialisation par les pharmaciens d'officine en France entraînera le prononcé d'une sanction financière, dont le montant est évalué à entre 360 et 400 millions d'euros, risque d'impacter

l'image de la France et de la profession alors que la nécessité de respecter de telles obligations légales et européennes fait l'unanimité.

b) Impacts sociaux

La mesure a pour objectif d'inciter les pharmaciens à mettre en place la sérialisation en France, de façon à garantir qu'aux patients ne soient délivrés que des médicaments non falsifiés.

• 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

Pénalité financière pour les pharmaciens qui ne respectent pas leurs obligations en matière de sérialisation.

Aucun impact sur les assurés.

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

Fixation de la pénalité par la CPAM et recouvrement de cette sanction par les services compétents (URSSAF désignés par l'ACOSS) sur la base d'informations transmises par France MVO qui assure la mise en œuvre et la gestion des systèmes de vérification des médicaments en France.

Les caisses primaires d'assurance maladie seront chargées d'instruire les observations éventuelles des pharmaciens ciblés par la sanction.

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.

Les modalités d'application de la mesure seront précisées par voie décret en Conseil d'Etat.

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 sera réalisée pour la première fois en 2022 pour assurer le respect de l'obligation de sérialisation par les pharmaciens. Pour les années suivantes, sur la base d'information transmises par FMVO, les CPAM pourront prononcer les pénalités nécessaires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi mensuel du nombre d'officines connectées au répertoire national de vérification des médicaments par France MVO fourni sur demande du Ministère et pouvant être communiqué à l'Assurance maladie.

Bilan annuel des pénalités prononcées et recouvrées.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article L 162- 16 -3-2 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Pour les médicaments remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments transmis par l'entité légale gérant le répertoire national de vérification des médicaments, prononcer à l'encontre des titulaires d'officine de pharmacie, après les avoir mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière en cas de manquement à l'obligation de désactivation de l'identifiant unique prévue par l'article 25 du règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain.</p> <p>Le montant de cette pénalité ne peut être fixé à une valeur inférieure à 350 euros ni excéder, en cumulé, 10 000 € par année civile.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.</p> <p>La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>

I. Présentation de la mesure

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

Accès direct orthoptistes

La filière visuelle française est essentiellement organisée autour des 6 000 ophtalmologistes présents sur le territoire français. Depuis quelques années le travail en partenariat avec des orthoptistes (environ 5 000) s'est largement développé via le salariat, les protocoles organisationnels et les protocoles de coopération. Les opticiens (environ 36 000) ont également été autorisés à renouveler ou adapter les prescriptions optiques sous conditions.

Toutefois, malgré ces développements et alors que plus de 60 % des ophtalmologistes bénéficient de l'appui d'un orthoptiste, la ressource en temps médical reste limitée. De plus, ce modèle ne permet pas d'atténuer les freins financiers à l'accès aux soins puisque les ophtalmologistes pratiquent majoritairement en secteur 2.

Selon une estimation de l'INSERM/LEHA, 9 millions de personnes de plus de 25 ans seraient myopes sans gravité (-0,75;-3). Ces personnes pourraient être prises en charge directement par les orthoptistes : une évolution de l'organisation de la filière visuelle en ce sens permettrait de se rapprocher des modèles organisationnels européens et anglo-saxons, dans lesquels les ophtalmologistes réalisent moins d'un quart des examens de troubles de la réfraction¹.

Aujourd'hui, les orthoptistes, profession paramédicale spécialiste de la vision, sont déjà habilités à réaliser de nombreuses mesures et examens, dont l'examen de réfraction, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole. Ils disposent par conséquent d'une expérience clinique solide et de la formation nécessaire pour pouvoir prendre en charge les patients présentant une faible correction.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Le dépistage précoce des troubles visuels de l'enfant est un enjeu de santé publique. En effet, les anomalies de la vision sont pour la plupart réversibles lorsque celles-ci sont traitées dans les premières années de la vie.

Aujourd'hui, les dépistages de l'amblyopie ou des troubles de la réfraction peuvent être réalisés par le médecin généraliste ou le pédiatre à l'occasion des examens obligatoires de l'enfant ou dans le cadre d'une consultation classique. Ce dépistage peut également être effectué en médecine scolaire.

Si ces dépistages (amblyopie et troubles de la réfraction) sont des actes réalisables par les orthoptistes, le code de santé publique prévoit que les orthoptistes sont soumis au principe de prescription médicale pour voir leurs actes remboursés par l'assurance maladie (base de remboursement AM à 60 %).

La mesure vise à permettre un accès direct aux orthoptistes pour ces deux types de dépistages chez les jeunes enfants, c'est-à-dire sans prescription médicale. Ces dépistages seraient pris en charge, dans le cadre du dispositif MT'Yeux, à 100 % par l'assurance maladie (60 % sur le risque et 40 % au travers du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)) et permettraient ainsi de dépister davantage d'enfants.

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

a) Mesure proposée

Accès direct orthoptistes

La mesure proposée vise à autoriser un accès direct, sans prescription médicale, aux orthoptistes pour la réalisation de bilans visuels pour les corrections considérées comme les moins complexes, présentant peu de risques pathologiques, et de prescrire les équipements optiques associés. Cette mesure répond à un objectif d'amélioration de l'accès aux soins visuels. L'accès à des équipements optiques est souvent une nécessité tant pour permettre une activité professionnelle que pour faciliter la vie sociale et le quotidien. Si la prise en charge financière intégrale des lunettes est désormais possible grâce au « 100% Santé », la durée pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste reste longue en France amoindrissant ainsi la traduction concrète d'un engagement fort du Président de la République.

Le renforcement du rôle des orthoptistes dans l'organisation de la filière visuelle présente trois principaux avantages, allant dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins :

- Réduire les délais d'attente, en mettant fin au passage systématique chez l'ophtalmologiste ;
- Rendre plus accessible financièrement les soins visuels : les orthoptistes étant une profession paramédicale, ceux-ci ne peuvent réaliser de dépassements d'honoraires ;
- Augmenter le temps médical des ophtalmologistes, ressource rare, pour prendre en charge les patients présentant des affections plus complexes.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les actes que pourront réaliser les orthoptistes lors de ce bilan visuel les conditions d'âge des patients pouvant être reçus en accès direct, les corrections concernées par le dispositif, les pathologies excluant et les conditions de renvoi vers un médecin ophtalmologiste.

Une modification de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique est également nécessaire en conséquence pour permettre aux opticiens-lunetiers de délivrer des équipements résultant d'une prescription par un orthoptiste.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

La mesure vise à élargir l'offre de dépistage des troubles visuels des enfants en ouvrant aux orthoptistes la possibilité de réaliser ces dépistages sans prescription médicale préalable et en y associant une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie dans le cadre du dispositif MT'Yeux. Cette prise en charge à 100% ne nécessite pas de modification de la loi car elle se fera par l'intermédiaire du FNPEIS (cf. infra).

La mesure proposée consiste à permettre **l'accès direct aux orthoptistes** pour des consultations de dépistage de l'amblyopie (dépistage entre 9 et 15 mois) et des troubles de la réfraction (dépistage à partir de 2 ans et demi et jusqu'à 5 ans). Ainsi, **l'obligation de prescription médicale** pour ce type de consultations devra être supprimée. Cette possibilité d'accès direct aux orthoptistes permettra de faciliter le recours à ces dépistages spécifiques, en élargissant le nombre d'effecteurs possibles sans prescription médicale.

Ces dépistages réalisés par les orthoptistes seraient pris en charge à 100 % par l'assurance maladie dont 60 % sur le risque (cadre de remboursement actuel des orthoptistes) et 40 % par l'intermédiaire du FNPEIS pour les enfants concernés par le dispositif MT'Yeux. La prise en charge du ticket modérateur correspond bien aux objectifs des actions de prévention financées par le FNPEIS. L'accord du conseil de la CNAM devra être sollicité.

Enfin, le dispositif MT'Yeux prévoit que dans le cas où l'orthoptiste réalise un bilan révélant un résultat anormal, l'enfant et sa famille seront orientés vers un ophtalmologue.

En pratique, un mois avant la date estimée de l'examen, l'assuré et sa famille pourraient être destinataires d'un courrier de l'assurance maladie accompagné d'une feuille de soins leur indiquant qu'ils sont éligibles au dispositif MT'Yeux et les informant des conditions pratiques de l'examen.

Pour en bénéficier, l'enfant devra consulter un orthoptiste dans les 6 mois qui suivent la date anniversaire. Le praticien signale, sur le carnet de santé de l'enfant, la réalisation de l'examen et indique, si besoin, les soins recommandés.

Ces modalités opérationnelles doivent encore être définies dans leurs détails pratiques avec la CNAM.

b) Autres options possibles

Accès direct orthoptistes

Pour fluidifier l'organisation de la filière visuelle, un protocole de coopération autorisant les orthoptistes à prescrire des verres correcteurs pourrait être envisagé. Cette option permettrait d'introduire la primo-prescription pour cette profession de manière progressive.

Si cette option présente l'avantage de laisser davantage de temps à l'évaluation, elle ne concernerait que les professionnels adhérant au protocole, ce qui conduirait à en limiter l'impact positif. Par ailleurs, la mise en œuvre d'un tel dispositif ne pourrait être effective sur le court terme compte tenu du processus nécessaire à l'instruction d'un protocole. Enfin, elle apporterait peu de nouveauté à la pratique existante et ne permettrait pas de libérer autant de temps médical, puisque dans de nombreux cabinets médicaux, les orthoptistes réalisent déjà les examens de réfraction.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

La mise en place d'une expérimentation par l'assurance maladie en lien avec l'éducation nationale aurait pu être envisagée.

Elle devait concerner les enfants de première année de maternelle (2 ans et demi à 3 ans et demi) et comporter trois volets :

- Une action de sensibilisation des familles et des enseignants à la prévention des troubles visuels, du langage et de la communication ;
- Une action de dépistage des troubles visuels, du langage et de la communication en milieu scolaire sous réserve d'une autorisation parentale ; concernant plus spécifiquement l'action de dépistage des troubles visuels
- Un suivi personnalisé des enfants dépistés avec une « anomalie » pour s'assurer du recours aux soins à la suite de l'action de dépistage et de la prise en charge des troubles repérés

Si cette option présente l'avantage de laisser davantage de temps à l'évaluation, elle limiterait l'impact positif de la mesure.

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

Accès direct orthoptistes

Cette mesure aura un impact sur les dépenses de l'assurance maladie en ville, et par conséquent « un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base » et présentera un caractère permanent, ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Afin de permettre une prise en charge par l'assurance maladie de la consultation de dépistage des troubles visuels de l'enfant chez l'orthoptiste en accès direct, il est nécessaire de déroger au principe de prescription médicale (Art. L.4342-1 du code de santé publique). La prise en charge de l'assurance maladie serait de 60 % pour une consultation de dépistage réalisé chez un orthoptiste. Ainsi la mesure aura un impact pérenne sur les dépenses d'assurance maladie Obligatoire. Elle trouve donc sa place en LFSS au titre du 2° du C du V. de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

Accès direct orthoptistes

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.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

Accès direct orthoptistes

La mesure est compatible avec les règles fixées par les traités ou en découlant.

Il est de jurisprudence constante 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.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

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

Accès direct orthoptistes

Modification de l'article L. 4342-1 du Code de la Santé Publique et de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Afin de permettre l'accès direct aux orthoptistes pour des consultations de dépistage des troubles visuels de l'enfant (amblyopie et troubles de la réfraction), il est nécessaire de modifier l'article L. 4342-1 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 directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Accès direct orthoptistes

En 2019, selon la DREES, on dénombre en France :

- 5 185 orthoptistes, dont 3 123 libéraux, 697 salariés hospitaliers et 1 365 autres salariés ;
- 5 882 ophtalmologistes.

Selon une estimation de l'INSERM/LEHA, environ 9 millions de patients présentent une correction faible de -0,75/-3 dioptries. En excluant les personnes âgées ou à risques pathologiques, la cible potentielle de la mesure serait de 6 millions de patients. La mise en œuvre de l'accès direct permettrait de réduire les délais d'attente et de libérer du temps médical aux ophtalmologistes pour le traitement des pathologies plus complexes.

L'impact financier de cette mesure est conditionné aux effets comportementaux des professionnels comme des patients, par essence complexes à anticiper. Les hypothèses retenues pour l'estimation de l'impact sont :

- Une cible de patients estimée à 6 millions.
- Un examen de réfraction par l'orthoptiste, remboursé à 60 % par l'AMO.
- Taux de recours aux orthoptistes augmentant progressivement (de 10 % en 2021 à 40 % en 2024)

Dans l'hypothèse où 40 % de ces patients (soit 2,4 millions de personnes) ont recours à un orthoptiste et que les ophtalmologistes utilisent ce temps médical pour recevoir de nouveaux patients, la mesure aurait un coût de 25 M€ en 2024 (si 80 % de la patientèle, au global, est reconstituée). A cette échéance, le temps médical dégagé pourrait permettre à chaque ophtalmologiste de recevoir plus d'une cinquantaine de patients supplémentaires par an.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Le coût total de cette mesure est chiffré à 4,6 M€ par à partir des hypothèses suivantes :

- on estime à 750 000 le nombre d'enfants par classe d'âge
- le recours direct aux orthoptistes pour un dépistage visuel serait un dispositif de dépistage de 2nde intention pour les familles n'ayant pas bénéficié d'un dépistage par leur médecin. Le taux de recours maximum est estimé à 10 %, notamment si deux invitations étaient envoyées : la 1^{ère} au 9^{ème} mois de l'enfant (dépistage de l'amblyopie) et la 2^{ème} à 30 mois (dépistage d'un trouble de la réfraction)

Ainsi 150 000 enfants par an pourraient bénéficier de ce dispositif au titre de l'un des deux examens de dépistage, pour un coût de 4,6M€ (2,8M€ sur le risque et à 1,8M€ sur le FNPEIS).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre		Accès direct ortho -6	-13	-19	-25
- Maladie		- 4 M€	- 4,6 M€	- 4,6 M€	- 4,6 M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Accès direct orthoptistes

Sur le long terme, la mesure permettra d'améliorer l'accessibilité financière aux soins visuels, la majorité des ophtalmologistes exerçant en secteur 2.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Sans objet

b) Impacts sociaux

Accès direct orthoptistes

En fluidifiant l'accès aux soins visuels, la présente mesure permettra d'améliorer l'accès aux soins.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Pour les assurés, l'accès direct et la prise en charge à 100 % des examens de dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction par les orthoptistes, dans le cadre de ce dispositif, améliorent l'accès aux soins.

• **Impact sur les jeunes**

Accès direct orthoptistes

Cette mesure permettra une meilleure prise en charge des jeunes qui nécessitent des soins visuels.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Cette mesure a un impact direct sur la santé des jeunes enfants. En effet, en améliorant le dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction des enfants, la santé visuelle des enfants est améliorée sur le long terme.

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

Accès direct orthoptistes

Cette mesure permettra une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap qui nécessitent des soins visuels.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement

Accès direct orthoptistes

La mesure est sans impact environnemental.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Sans objet

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

Accès direct orthoptistes

Sans objet.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

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

Accès direct orthoptistes

Sans objet.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Cette mesure n'a pas d'impact sur les assurés. Le parcours de soins est simplifié puisque l'accès aux orthoptistes est direct pour ces deux dépistages.

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

Accès direct orthoptistes

Sans objet.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Cette mesure n'a pas d'impact sur les caisses de sécurité sociale qui rembourseront désormais dans le cadre du droit commun les consultations de dépistage chez l'orthoptiste sans prescription médicale.

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

Accès direct orthoptistes

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

La mesure sera gérée dans le cadre de 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.

Accès direct orthoptistes

La publication d'un décret en conseil d'Etat permettant de définir les conditions d'éligibilité des patients au dispositif sera nécessaire pour la mise en œuvre de la mesure.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

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.

Accès direct orthoptistes

Sans objet

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Accès direct orthoptistes

Les modalités précises d'information des assurés ne sont pas encore arrêtées.

Dépistage visuel précoce MT'Yeux

Un dispositif de communication sera nécessaire pour faire connaître la possibilité de cet accès direct

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure sera suivie dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 4342-1 actuel du code de la santé publique	Article L. 4342-1 modifié du code de la santé publique
<p>La pratique de l'orthoptie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthoptique et le traitement des altérations de la vision fonctionnelle sur les plans moteur, sensoriel et fonctionnel ainsi que l'exploration de la vision.</p> <p>L'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin.</p> <p>Il dépiste, évalue, rééduque, réadapte et explore les troubles de la vision, du nourrisson à la personne âgée. Il participe à la prévention des risques et incapacités potentiels.</p> <p>L'orthoptiste exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues au 1° de l'article L. 4342-7.</p> <p>Dans le cadre des troubles congénitaux ou acquis, l'orthoptiste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthoptique du patient et participe à leur coordination. Son intervention contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie et à la qualité de vie du patient.</p> <p>Il peut prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.</p> <p>Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.</p> <p>L'orthoptiste peut réaliser les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles.</p> <p>Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.</p> <p>La définition des actes d'orthoptie et les conditions de l'adaptation prévue au septième alinéa sont précisées par un décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.</p>	<p>La pratique de l'orthoptie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthoptique et le traitement des altérations de la vision fonctionnelle sur les plans moteur, sensoriel et fonctionnel ainsi que l'exploration de la vision.</p> <p>L'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin.</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, l'orthoptiste peut sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin :</p> <p>1° Réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, selon les modalités et les conditions de réalisation fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;</p> <p>2° Réaliser chez l'enfant le dépistage de l'amblyopie et celui des troubles de la réfraction, selon des critères d'âge fixés par décret.</p> <p>Il dépiste, évalue, rééduque, réadapte et explore les troubles de la vision, du nourrisson à la personne âgée. Il participe à la prévention des risques et incapacités potentiels.</p> <p>L'orthoptiste exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues au 1° de l'article L. 4342-7.</p> <p>Dans le cadre des troubles congénitaux ou acquis, l'orthoptiste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthoptique du patient et participe à leur coordination. Son intervention contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie et à la qualité de vie du patient.</p> <p>Il peut prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.</p> <p>Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement d'un équipement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.</p> <p>L'orthoptiste peut réaliser les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles.</p> <p>Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.</p> <p>La définition des actes d'orthoptie et les conditions de l'adaptation prévue au septième alinéa sont précisées par un décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.</p>
Article L. 4362-10 actuel du code de la santé publique	Article L. 4362-10 modifié du code de la santé publique

<p>La délivrance de verres correcteurs est subordonnée à l'existence d'une prescription médicale en cours de validité.</p> <p>Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin.</p> <p>Les opticiens-lunetiers peuvent également adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.</p> <p>L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.</p> <p>L'opticien-lunetier peut réaliser, sur prescription médicale, les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles.</p>	<p>La délivrance de verres correcteurs est subordonnée à l'existence d'une prescription, par un médecin ou un orthoptiste, en cours de validité.</p> <p>Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin ou de l'orthoptiste.</p> <p>Les opticiens-lunetiers peuvent également adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les corrections optiques des prescriptions initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin ou de l'orthoptiste.</p> <p>L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.</p> <p>L'opticien-lunetier peut réaliser, sur prescription médicale, les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles.</p>
---	--

Article 41 – Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes

I. Présentation de la mesure

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

La simplification du parcours de soin des patients est un des leviers de l'accès aux soins, en particulier lors que les soins requis le sont sur le long terme.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont la possibilité d'adapter, sauf indication contraire du médecin et dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales datant de moins d'un an. Cette évolution, prévue par la loi de modernisation du système de santé de 2016, n'a cependant pu être mise en œuvre en l'absence de déclinaison réglementaire.

Lors de l'introduction de cette mesure en 2016, l'objectif portait sur la simplification des parcours de soins pour les patients souffrant de pathologies nécessitant des soins importants et réguliers. Ainsi, son objet était de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de renouveler la prescription d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, pour des patients qui nécessitent un traitement continu de longue durée. L'encadrement réglementaire devait permettre d'assurer une pertinence des soins en s'assurant que la prise en charge de longue durée et continue par le masseur-kinésithérapeute corresponde à des recommandations de la HAS. La loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a supprimé l'encadrement prévu par décret mais ne permet cependant pas de décliner cette mesure dans le champ conventionnel.

Pour une pleine entrée en vigueur de cette mesure en tenant compte des enjeux de pertinence, il apparaît nécessaire d'intégrer ce dispositif dans le cadre des relations conventionnelles qui lient l'assurance maladie et les représentants de la profession de masseur-kinésithérapeute.

La présente mesure permettra de préciser les modalités d'application des renouvellements permis par la loi Rist dans le cadre des négociations conventionnelles.

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

a) Mesure proposée

La présente mesure a pour objectif d'ancrer dans le champ conventionnel le renouvellement des prescriptions médicales, à l'instar des autres activités des masseurs-kinésithérapeutes. Il est ainsi proposé de renvoyer les modalités de prise en charge de ces renouvellements aux négociations conventionnelles.

Dans le cadre de ces négociations, la prise en charge des renouvellements serait orientée vers des pathologies faisant l'objet de recommandations de la HAS et pour lesquelles le renouvellement est pertinent. Cette mesure s'inscrit par conséquent dans une dynamique de sécurisation et de pertinence du recours aux soins.

b) Autres options possibles

Pour garantir la fluidité des parcours des patients en maintenant l'objectif de pertinence des séances de masso-kinésithérapie réalisées au-delà de la prescription médicale, il pourrait être envisagé de fixer par voie réglementaire les modalités de renouvellement de ces prescriptions. Cela conduirait à revenir à la rédaction précédant le vote de l'article 12 de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Une solution alternative pourrait être de confier à la Haute Autorité de santé le soin de définir les situations dans lesquelles ces renouvellements seraient médicalement pertinents.

Même si elles possèdent des avantages, ces options reviendraient à fixer en dehors du champ conventionnel la pratique de ces professionnels conventionnés.

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

Cette mesure aura un impact sur les dépenses de l'assurance maladie en ville, et par conséquent « un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base » et présentera un caractère permanent, ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

En effet, elle conduira à préciser, via un avenant à la convention nationale, les modalités selon lesquelles un masseur-kinésithérapeute pourra réaliser des séances de soins supplémentaires, au-delà de ce que prévoyait la prescription médicale initiale. Cette mesure permettra des économies en évitant aux patients de repasser par une consultation médicale tarifée à 25€, tout en respectant les enjeux de pertinence des soins. Par ailleurs, elle permettra également de générer des économies en cadrant les pratiques de renouvellement.

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

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV et de la CNSA, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la

protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

La mesure est compatible avec les règles fixées par les traités ou en découlant.

Il est de jurisprudence constante 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.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'application de la mesure devrait induire une augmentation de l'activité pour les masseurs-kinésithérapeutes mais potentiellement réduire le nombre de consultations de médecins pour motif de renouvellement d'ordonnances, il est par conséquent difficile de chiffrer précisément l'impact de cette mesure qui sera dépendant du comportement des professionnels de santé.

On peut cependant estimer l'impact de cette nouvelle disposition sur le coût du remboursement des actes liés aux pathologies nécessitant une prise en charge continue par un masseur-kinésithérapeute. Ces actes représentent environ 25% de l'activité d'un masseur-kinésithérapeute et si l'on considère que l'essentiel des masseurs-kinésithérapeutes (80%) fera usage de cette capacité de renouvellement pour la moitié de sa patientèle pour laquelle cette facilité permettra de bénéficier de quelques séances supplémentaires, le coût pour l'assurance maladie obligatoire serait à terme de l'ordre de 50 M€. En tenant compte du temps d'entrée en vigueur de la disposition suite aux négociations conventionnelles et de son appropriation progressive, cela conduirait à la chronique suivante :

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre		-15	-30	-50	- 50
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Sur le long terme, la mesure permettra de diminuer le nombre de consultations chez le médecin généraliste dont l'objet est un simple renouvellement de prescription.

• Impact sur les jeunes

Cette mesure permettra d'améliorer la pertinence des soins.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Cette mesure permettra d'améliorer la pertinence des soins.

b) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les modalités précises d'information des assurés ne sont pas encore arrêtées.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure sera suivie dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-9 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 162-9 modifié du code de la sécurité sociale
<p>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.</p> <p>Ces conventions déterminent :</p> <p>1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;</p> <p>5°) Le cas échéant :</p> <p>a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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° ;</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>Ces conventions déterminent :</p> <p>1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;</p> <p>5°) Le cas échéant :</p> <p>a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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° ;</p> <p>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</p>

<p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.</p> <p>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.</p>	<p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.</p> <p>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.</p>
---	--

I. Présentation de la mesure

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

Cette mesure vise à généraliser (ou prolonger) plusieurs expérimentations arrivées à leur terme pour lesquelles les conclusions du rapport d'évaluation sont positives.

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

La mesure vise à généraliser l'expérimentation « *Mission : Retrouve Ton Cap* » (MRTC) créée par l'article 68 de la loi relative au financement de la sécurité sociale (LFSS) du 21 décembre 2015 et intégrée au dispositif des expérimentations d'innovation du système de santé créé par l'article 51 de la LFSS pour 2018. La généralisation vise à permettre aux enfants de 3 à 12 inclus présentant des facteurs de risque d'obésité, ou étant en situation de surpoids ou en obésité simple de bénéficier d'un parcours de prise en charge pluridisciplinaire « à la carte » (bilan d'activité physique et bilans/séances de suivi psychologique et/ou diététique).

L'intervention du législateur est nécessaire pour permettre la mise en place et la prise en charge de prestations hors panier de soins (bilan d'activité physique, diététique et psychologique) par l'assurance maladie dans le cadre d'un parcours spécifique proposé par les structures d'exercice coordonné (maisons de santé ou centres de santé).

Les structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé) sont les structures les plus adaptées pour proposer ce parcours. En effet, celles-ci pourront offrir l'ensemble des prestations du parcours (bilan d'activité physique, bilans/séances de diététique et bilans/séances de suivi psychologique). Par ailleurs, la coordination entre les différents acteurs du parcours sera favorisée dans ce type de structure.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

La mesure vise à généraliser à l'ensemble du territoire l'expérimentation *Au Labo Sans Ordo* (ALSO) mise en place à Paris et dans les Alpes-Maritimes. La généralisation vise à permettre un accès direct au dépistage du VIH dans les laboratoires de ville en permettant un remboursement dans le cadre du droit commun.

L'intervention du législateur est nécessaire pour permettre une prise en charge de droit commun par l'Assurance Maladie pour un examen de biologie médicale réalisé, sans ordonnance, à la demande du patient.

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

a) Mesure proposée

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

Afin de favoriser le déploiement de parcours coordonnés, il est nécessaire de confier cette mission de mise en œuvre du parcours aux maisons de santé (MSP) et centres de santé (CDS) et donc de modifier les articles du code de la sécurité sociale définissant les missions des maisons de santé (article L.6323-3) et centres de santé (art. L.6323-1). Ces structures d'exercice coordonné pourront ainsi proposer ce parcours et facturer le parcours à l'Assurance Maladie.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Afin de permettre une prise en charge de droit commun par l'Assurance Maladie du dépistage du VIH réalisé sans ordonnance à la demande du patient dans un laboratoire de biologie médicale, il est nécessaire de déroger au principe de prescription médicale des examens de biologie médicale réalisé à la demande du patient (article L. 162-13-2).

b) Autres options possibles

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

La possibilité de financer la généralisation de l'expérimentation MRTC via les agences régionales de santé (ARS) sur le Fonds d'intervention régional (FIR) n'a pas été retenue, car le pilotage du dispositif, lors de l'expérimentation, a été confié à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (et non aux ARS, qui auraient donc eu très peu de marges de manœuvre dans la gestion des crédits).

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

S'il avait été retenu de mettre fin à cette expérimentation, en dépit des résultats positifs constatés, les conséquences auraient été négatives en matière de santé publique.

Aucune option autre que la modification législative envisagée n'est souhaitable.

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

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

Une nouvelle mission de mise en place d'un parcours de prévention de l'obésité, sans avance de frais pour les familles, va être confiée aux structures d'exercice coordonné de type MSP et CDS. Ce parcours a vocation à être intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire qui financera directement les structures après facturation. Ainsi la

mesure aura un impact pérenne sur les dépenses de l'Assurance Maladie Obligatoire. Elle trouve donc sa place en LFSS au titre du 2° du C du V. de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Les dépistages de VIH réalisés sans ordonnance en laboratoire de ville seront pris en charge dans le cadre du droit commun par l'Assurance Maladie. Ainsi la mesure aura un impact pérenne sur les dépenses d'Assurance Maladie Obligatoire. Elle trouve donc sa place en LFSS au titre du 2° du C du V. de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

Il n'existe pas de 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

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

Afin de permettre la généralisation de Mission Retrouve Ton Cap, il est nécessaire de modifier les articles définissant les missions des maisons de santé (L. 6323-3 du code de la santé publique) et des centres de santé (L. 6323-1-1 du même code).

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Afin de permettre la généralisation de l'expérimentation, il est nécessaire de modifier l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

Sans objet

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

Hypothèse 1 : 15% des enfants d'une classe d'âge souffrent de surpoids ou d'obésité sans critères de complexité ou de sévérité. → Cible du dispositif (15% des 8 303 788 enfants de 3 à 12 ans) : 1 245 658 enfants

Hypothèse 2 : au vu des résultats de l'expérimentation Mission Retrouve Ton Cap, on estime que le taux de recours au dispositif est de 11%, soit 137 012 enfants

Hypothèse 3 : estimation du coût du parcours par enfant

- Hypothèse haute (données d'évaluation janvier 2021) : les enfants **ayant terminé leur suivi** (hors enfants ayant arrêté le parcours prématurément) réalisent en moyenne 1,94 bilans, 5 séances de diététique et 2,8 séances de suivi psychologique pour un montant global de 233,68€.
- Hypothèse basse (données d'évaluation janvier 2021) : au mois de janvier 2021, le nombre moyen de bilans par enfant était de 1,94 tandis que le nombre de séances était de 3,51 soit un montant global de 139,3€.

Ainsi le coût total de la mesure est estimé entre 19M€ (hypothèse basse) et 32 M€ (hypothèse haute) en année pleine. Si le taux de recours passait à 20% à moyen terme, après la généralisation, son coût annuel serait de 64 M€.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Les hypothèses du chiffrage du coût potentiel de la généralisation du dispositif *Au Labo Sans Ordo* sont les suivantes :

- Nombre total de dépistages du VIH en laboratoire en 2019 : 4,7 millions
 - Prix moyen par dépistage : 34€
 - Au vu du rapport d'évaluation, le dépistage au laboratoire du VIH en accès direct représenterait 7% des dépistages en moyenne
 - Le coût actuel des dépistages du VIH est de 159,8 M€
- => Le coût potentiel pour la population cible serait de 13 M€

En 2022, l'hypothèse de montée en charge est de 50 % pour cette population.

A noter : l'accès direct au dépistage du VIH dans les laboratoires de ville permettra une économie d'une partie des consultations préalables chez un médecin actuellement réalisées.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre		- 25	- 44	- 61	- 77
- Maladie		MRTC – 19 ALSO - 6	MRTC – 32 ALSO - 12	MRTC – 48 ALSO - 13	MRTC – 64 ALSO -13
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

Sans objet

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Sans objet

b) Impacts sociaux

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

Pour les assurés de 3 à 12 ans, ce parcours améliore l'accès aux soins psychologiques et de diététiques, des prestations non remboursées, en droit commun, par l'assurance maladie.

Ce parcours de soins spécifique est sans reste à charge pour les familles. Il devrait bénéficier aux assurés les plus défavorisés et améliorer leur santé sur le long terme.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Ce dispositif d'accès au dépistage du VIH en accès direct dans les laboratoires de ville vient en complément de l'offre de dépistage actuel. Ces modalités facilitent l'accès et l'orientation dans un parcours de soins pour les personnes à risque de VIH. En effet, les personnes n'ont désormais plus besoin de consulter leur médecin pour réaliser un dépistage en laboratoire de ville et prétendre au remboursement par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, ces modalités d'accès devraient permettre de toucher une population plus large qui n'ose pas aller dans des structures de type CeGIDD et CPEF.

• Impact sur les jeunes

1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile

La généralisation de l'expérimentation MRTC vise spécifiquement les enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou en obésité sans critère de gravité ou de complexité. Le parcours doit permettre d'éviter l'entrée dans l'obésité de l'adulte et éviter ainsi de futures complications ou maladies chroniques.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Cette nouvelle d'accès au dépistage devrait particulièrement toucher la population jeune. En effet, les CeGIDD et CPEF sont parfois connotés négativement socialement ce qui peut être un frein pour le dépistage. Par ailleurs, la consultation préalable chez un médecin pour obtenir une prescription de test peut également être un frein pour certains jeunes.

• 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****1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile**

Le parcours de prise en charge dans le cadre de Mission Retrouve Ton Cap est intégralement géré par la CNAM et les structures d'exercice coordonné. Ainsi les familles des enfants bénéficiaires du parcours n'auront aucune démarche administrative particulière à réaliser.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Le dispositif ALSO facilite le parcours administratif et médical du patient. En effet, le patient est dispensé d'une consultation médicale pour réaliser son test VIH.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)**1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile**

Les structures d'exercice coordonné facturent aux Caisses Primaire d'Assurance Maladie par le biais d'un circuit de facturation.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Sans objet

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

Les mesures seront mises 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.****1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile**

La publication d'un décret et d'un arrêté seront nécessaires pour préciser les modalités de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.**c) Modalités d'information des assurés ou cotisants****1. Généralisation d'une expérimentation visant à prévenir l'obésité infantile**

Une communication de la CNAM pourra être envisagée pour faire connaître l'existence de ce parcours.

2. Généralisation d'une expérimentation visant à améliorer le dépistage du VIH

Un dispositif de communication sera nécessaire au niveau régional/local en partenariat avec les laboratoires pour faire connaître la possibilité de cet accès direct.

d) Suivi de la mise en œuvre

Ces mesures seront suivies dans le cadre des comités de suivi de chaque dispositif.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 6323-1-1 actuel du code de la santé publique	Article L. 6323-1-1 modifié du code de la santé publique
<p>Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-1, les centres de santé peuvent</p> <p>1° Mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, notamment en vue de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ou à celles qui ne bénéficient pas de droits ouverts en matière de protection sociale ;</p> <p>2° Contribuer à la permanence des soins ambulatoires ;</p> <p>3° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales ;</p> <p>4° Pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-9, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2 ;</p> <p>5° Soumettre et mettre en œuvre des protocoles définis aux articles L. 4011-1 et L. 4011-2 dans les conditions définies aux articles L. 4011-3 et L. 4011-4 ;</p> <p>6° Contribuer, en application des dispositions de l'article L. 6147-10, à la mission de soutien sanitaire des forces armées.</p>	<p>Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-1, les centres de santé peuvent</p> <p>1° Mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, notamment en vue de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ou à celles qui ne bénéficient pas de droits ouverts en matière de protection sociale ;</p> <p>2° Contribuer à la permanence des soins ambulatoires ;</p> <p>3° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales ;</p> <p>4° Pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-9, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2 ;</p> <p>5° Soumettre et mettre en œuvre des protocoles définis aux articles L. 4011-1 et L. 4011-2 dans les conditions définies aux articles L. 4011-3 et L. 4011-4 ;</p> <p>6° Contribuer, en application des dispositions de l'article L. 6147-10, à la mission de soutien sanitaire des forces armées.</p> <p>7° Mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret.</p>
Article L. 6323-3 actuel du code de la santé publique	Article L. 6323-3 modifié du code de la santé publique
<p>La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.</p> <p>Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé</p>	<p>La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.</p> <p>Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé</p>

<p>pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.</p>	<p>pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.</p> <p>Les maisons de santé peuvent mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret.</p>
<p>Article L. 162-13-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-13-2 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement. Lorsque le biologiste médical effectue de tels examens, il informe le patient de leur caractère non remboursable et demande son accord pour les réaliser. Le biologiste médical mentionne ces examens non remboursables sur la feuille de soins. Il en va de même pour les examens prescrits et non remboursables.</p>	<p>Un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement. Lorsque le biologiste médical effectue de tels examens, il informe le patient de leur caractère non remboursable et demande son accord pour les réaliser. Le biologiste médical mentionne ces examens non remboursables sur la feuille de soins. Il en va de même pour les examens prescrits et non remboursables.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, un examen de biologie médicale relatif au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine réalisé à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale fait l'objet d'un remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 160-13.</p>

I. Présentation de la mesure

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

Les espaces de réduction des risques par usage supervisé sont des lieux dans lesquels des usagers de drogues peuvent consommer par voie inhalée ou intraveineuse des substances psychoactives sous la supervision d'un personnel qualifié, dans des conditions d'hygiène et de sécurité, permettant de minimiser les risques de complications liées à ces consommations telles que surdoses, infections virales et bactériennes, etc.

Ce sont également des lieux où peuvent être prodigués des soins de base ainsi que des dépistages de pathologies, qu'elles soient infectieuses ou autres. Enfin, une de leurs missions est également de favoriser l'orientation des usagers vers des structures de soins somatiques, psychiatriques et de traitement de la dépendance.

Les espaces de réduction des risques par usage supervisé font ainsi partie de la palette des outils sanitaires pour réduire les risques et les dommages et pour rapprocher les usagers de drogues du dispositif de soins. Ils s'adressent, en cela, essentiellement aux usagers de drogues les plus précaires, qui ne fréquentent pas les dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie et qui consomment des drogues dans l'espace public.

Ces lieux ont donc, du point de vue de la santé publique et de l'efficacité du système de santé, l'ambition d'apporter un bénéfice en termes d'infections et d'overdoses évitées ainsi que d'améliorer la prise en charge d'usagers très éloignés du système de santé.

L'évaluation initiale de ce dispositif expérimental, après 6 ans de fonctionnement, a été pilotée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) qui en a fait la commande à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Cette évaluation a reposé sur une approche pluridisciplinaire (épidémiologie, santé publique, économie de la santé et sociologie) et comporte trois volets :

- Un suivi longitudinal des usagers de drogues fréquentant ces lieux ;
- Un volet sociologique sur l'acceptabilité sociale de ces lieux;
- Une étude médico-économique permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif.

Les résultats finaux de l'évaluation, faite sur les deux espaces en fonctionnement en France (Paris, Strasbourg) ont été restitués aux pouvoirs publics en mai 2021 et montrent, en synthèse, **une réussite en termes de santé publique : des effets positifs sur la santé des personnes concernées, un rapport coût-efficacité acceptable pour la société et une absence de détérioration de la tranquillité publique.**

L'évaluation scientifique a donc confirmé l'intérêt de ce dispositif : l'accès à ces structures permet d'améliorer la santé des personnes usagères de drogue (baisse des infections VIH et VHC, des complications cutanées dues aux injections et des overdoses non fatales) et de diminuer les passages aux urgences. Des coûts médicaux importants sont ainsi évités (en projection sur 10 ans, elle évalue les coûts médicaux évités à 11 millions d'euros pour les deux salles (respectivement 6,0 et 5,1 millions d'euros pour Paris et Strasbourg). Les injections et les déchets associés (seringues) dans l'espace public diminuent. L'évaluation ne met pas en évidence de détérioration de la tranquillité publique liée à l'implantation des salles.

Au vu de ce constat positif, la continuité de ce dispositif et son déploiement sont proposés. Toutefois, celui-ci n'a pas vocation à l'être sur tout le territoire : il doit particulièrement cibler les villes où existent des « scènes ouvertes », lieux où les usagers de drogues sont présents et consomment dans l'espace public. L'établissement d'un diagnostic local visant à renseigner ces usages permet d'identifier les lieux où l'implantation d'un espace de réduction des risques par usage supervisé peut s'avérer nécessaire.

Au regard de l'expérience acquise et de ce diagnostic, des projets d'ouverture existent actuellement dans un certain nombre de villes, parfois à des stades très avancés.

Le cadre expérimental mérite en outre d'être enrichi de nouvelles modalités de fonctionnement permettant de mieux répondre aux besoins locaux et ainsi tirer les enseignements de la première phase d'expérimentation. En effet, le cadre actuel de l'expérimentation ne permettait pas d'évaluer :

- **L'intérêt d'une intégration des espaces de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins à l'intérieur des locaux des CAARUD** (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques), actuels porteurs de ces espaces mais devant, dans l'expérimentation actuelle, ouvrir un local séparé et dédié aux espaces,
- L'intérêt et le fonctionnement d'espaces **mobiles**.

Ainsi une prolongation de l'expérimentation est proposée, permettant d'évaluer ces modalités et en quoi elles peuvent :

- répondre à la problématique du foncier, permettre de tester la meilleure acceptabilité sociale d'inscrire les espaces de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins dans des lieux accueillant déjà un public d'usagers de drogues (CAARUD) ou des lieux non fixes (dispositifs mobiles)
- évaluer les meilleures modes d'organisation de ces espaces dans ces configurations.

Cette nouvelle phase d'expérimentation pourrait en outre permettre d'examiner des réponses mieux adaptées aux problématiques spécifiques des usagers de crack, pour lesquels aucune solution spécifique n'avait pu être testée dans le cadre de l'expérimentation initiale.

Devraient enfin être également examinées, dans ce cadre, les conditions d'une articulation plus forte des espaces de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins avec des dispositifs complémentaires permettant notamment des phases de stabilisation et d'orientation vers un parcours médico-social (structures d'hébergement de courte durée, CSAPA avec hébergement et des dispositifs médico-sociaux).

Pour remplir leurs objectifs de santé publique, les espaces de réduction des risques par usage supervisé ont besoin d'une dérogation à la loi qui prohibe l'usage de stupéfiants, de même que la nécessité d'un adossement aux structures médico-sociales d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages des usagers de drogue (CAARUD).

La prolongation de l'expérimentation de cette offre d'accompagnement s'appuyant sur les CAARUD, structures médico-sociales relevant d'un financement par l'assurance maladie, nécessite donc la loi et du fait d'une modification du cahier des charges en testant d'autres modèles d'organisation et d'un élargissement à des territoires supplémentaires (entraînant une dépense additionnelle), elle entre dans le cadre du PLFSS.

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

a) Mesure proposée

La prolongation de l'expérimentation nécessite une disposition législative afin de déroger aux dispositions du code pénal réprimant l'usage de stupéfiants. Par ailleurs, l'approfondissement de l'expérimentation par de nouvelles modalités, et le déploiement sur de nouveaux territoires entraînent un besoin de financement relevant de l'ONDAM.

b) Autres options possibles

S'il avait été retenu de mettre fin à cette expérimentation, en dépit des résultats positifs constatés et évalués par l'INSERM, les conséquences auraient été négatives en matière de santé et de sécurité publiques.

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

Les espaces de réduction des risques par usage supervisé relèvent aujourd'hui d'une expérimentation s'achevant en octobre 2022 ; celle-ci a bénéficié, pour la durée de l'expérimentation, de crédits assurance-maladie ad hoc, via le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) puis l'Ondam médico-social spécifique. Ils nécessitent un adossement aux structures médico-sociales d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages des usagers de drogue (CAARUD) dont le financement relève de l'ONDAM médico-social.

Afin d'assurer la continuité des activités des structures existantes et permettre le déploiement de nouvelles structures, l'inscription en LFSS est nécessaire pour prolonger l'expérimentation actuelle et permettre de tirer les enseignements de la première phase d'expérimentation (en permettant notamment des modalités de fonctionnement répondant mieux aux besoins locaux) et pour réaliser la programmation financière de ce dispositif sur l'Ondam médico-social spécifique, support financier de l'expérimentation. La mesure trouve donc sa place en LFSS au titre du 2° du C du V. de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

Il n'existe pas de 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

Le I de l'article 43 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de notre système de santé est modifié. S'agissant d'un dispositif expérimental, il est proposé de ne pas codifier la disposition.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le budget actuel des deux espaces est de 2,5 M€ annuels (1M€ pour Strasbourg et 1,5M€ pour Paris).

Ce budget de fonctionnement a été calculé en fonction des coûts locatifs et des estimations habituellement retenues pour les frais généraux.

Dans le cadre du développement des espaces de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, le budget de fonctionnement supplémentaire est évalué à 2M€ par an : les projets en préparation peuvent faire l'objet d'une programmation, à raison de deux ouvertures par an entre 2022 et 2025.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		HSA -4,5	HSA -6,5	HSA -8,5	HSA -10,5
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, 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

Le dispositif vise à améliorer la santé des personnes usagers de de drogues, souvent en situation de grande précarité, qui ne fréquentent pas les dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie. Ces lieux permettent de favoriser l'orientation des usagers vers des structures de soins somatiques, psychiatriques et de traitement de la dépendance.

Le dispositif vise aussi à préserver la tranquillité publique.

• Impact sur les jeunes

Ces espaces sont accessibles aux jeunes usagers de plus de 18 ans, afin de les rapprocher du dispositif de soins.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet

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

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

Le dispositif facilite le parcours de l'usager, en facilitant notamment son accès et son orientation dans le système de soins.

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

Sans objet.

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

Les mesures seront mises 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.

Les arrêtés du 25 mars 2016 pris en application de l'article 43 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de notre système de santé seront prorogés jusqu'à échéance de la durée expérimentale fixée dans le présent article.

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

Les espaces de réductions des risques par usage supervisé et d'accès aux soins donnent lieu à un diagnostic local et à une concertation permanente. Une communication ad hoc, au niveau local et dont le déploiement sera concerté entre tous les acteurs, pourra être envisagée pour faire connaître l'existence de ces espaces aux usagers.

d) Suivi de la mise en œuvre

Ces mesures seront suivies dans le cadre des comités de suivi de chaque dispositif.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 43 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	Article 43 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
<p>I. - A titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 L. 3411-9 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé</p> <p>II. - Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-8 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins. La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.</p> <p>Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.</p> <p>III. Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque mentionnée au I.</p>	<p>I. – A titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-9 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent une halte « soins addictions », qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.</p> <p>L'expérimentation porte sur des espaces situés dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues ou dans des locaux distincts. Ils peuvent également prendre la forme de structures mobiles.</p> <p>II. - Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-8 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins. La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une halte « soins addictions » créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.</p> <p>Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.</p> <p>III. Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une halte « soins addictions » mentionnée au I.</p>

I. Présentation de la mesure

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

Depuis la LFSS 2020, un accès gratuit et confidentiel à la contraception (contraceptifs remboursables et frais relatifs aux actes et consultations liés) est garanti pour toutes les mineures, y compris les moins de 15 ans, assorti d'un tiers payant systématique. Cette prise en charge est protégée par le secret sur demande de l'assurée, ce qui permet à la mineure de faire librement les choix de contraception qu'elle estime nécessaire, tout en assurant la traçabilité des moyens de contraception auxquels elle a eu recours. Avant le 1er janvier 2020, cette gratuité n'était assurée que pour les jeunes filles mineures de plus de 15 ans.

Ce dispositif ne s'applique plus au jour du 18ème anniversaire de l'assurée. Ce basculement à 18 ans dans le régime de droit commun peut poser question en termes de santé publique. En effet, ce seuil à 18 ans pour l'accès à cette prise en charge intégrale par l'assurance-maladie n'apparaît pas justifié, ni au regard des pratiques sexuelles et contraceptives ni au regard de la situation économique des assurées.

L'âge moyen d'entrée dans la vie sexuelle se situe à 17,6 ans pour les filles et 17,2 ans pour les garçons. Cet âge, représentant des réalités très variables, est proche de l'âge de 18 ans, ce qui ne permet pas de garantir l'accès à un mode de contraception adapté pour toutes les jeunes femmes dès l'entrée dans la vie sexuelle, alors même que les premières pratiques contraceptives sont susceptibles d'influer sur les pratiques ultérieures.

Le besoin d'accompagnement spécifique de cette tranche d'âge est déjà pris en compte par certaines mesures : en application de l'article L. 162-1-12-1 du code de la sécurité sociale, des actions de prévention sont ainsi prévues à destination des assurés de 16 et 23 ans et comportent notamment un volet relatif à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. Ces actions de prévention peuvent être menées jusqu'à 25 ans, voire 28 ans pour les étudiants. Si ces mesures permettent une information des assurées, elles ne garantissent pas la liberté de choix du mode de contraception. En effet, le recours à des méthodes de contraception nécessitant des échanges avec un professionnel de santé s'accroît sur la tranche d'âge 20-24 ans (29,6% des 15-19 ans ont recours aux seuls préservatifs contre 18,6% des 20-24 ans en 2016, le recours à la pilule, à l'implant et au dispositif intra-utérin augmente respectivement de 44% à 53%, de 3,5% à 9,6% et de 4,7% à 19%). Les restes à charge sont donc potentiellement plus importants au-delà de 18 ans, compte tenu du recours à des méthodes de contraception plus régulières et plus coûteuses.

Or, les tranches d'âge entre 18 et 25 ans sont souvent caractérisées par le maintien d'une faible autonomie financière et d'une situation économique plus fragile.

De nombreuses études ont démontré que les grossesses non désirées sont liées à des prises irrégulières de moyens de contraception en raison de difficultés financières. Celles-ci se manifestent particulièrement pour les femmes de 19 à 25 ans¹. Le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé a ainsi souligné la nécessité de renforcer les démarches de contraception pour les 19-25 ans. La Haute Autorité de Santé (HAS), en 2013, dans son « Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », indiquait également que le recours à la contraception peut être freiné par des contraintes économiques. Les données disponibles sur les pratiques de contraception ont ainsi montré une baisse du recours à la pilule chez les femmes de 20 à 24 ans au cours des années 2000, sans que cette baisse soit compensée par l'utilisation d'autres méthodes. Elle pourrait être attribuée, du moins en partie, à la dégradation concomitante de la situation économique dans cette tranche d'âge. Le rapport de l'IGAS de 2015 sur l'accès gratuit et confidentiel des mineurs à la contraception évoquait déjà la situation particulière des 18-24 ans : la mission estimait alors qu'un des besoins importants et non couverts en matière de prise en charge de la contraception concerne les femmes âgées de 18 à 24 ans, dans un grand nombre de cas non autonomes financièrement.

En 2016, 4,3% des femmes entre 20 et 24 ans concernées par la contraception n'avaient recours à aucune méthode contraceptive². Le recours à la pilule diminue mais reste important (53% en 2016), alors que l'utilisation du dispositif intra-utérin, le stérilet (5%), du préservatif (19%) et de l'implant (10%) progressent depuis dix ans. Le coût total de prise en charge de ces prestations de soins pour 1,6M de femmes âgées de 18 à 25 ans (sur 3 millions de jeunes femmes de cette tranche d'âge) s'élève à 66 M€ dont 21M€ de ticket modérateur. Cela correspond à un coût annuel moyen par femme de 40 euros par an.

A 18 ans, plus des trois quarts des jeunes sont encore scolarisés, leur autonomie financière et leur besoin de confidentialité vis-à-vis des parents ne sont donc pas modifiés. La tranche d'âge des 18-25 ans est une période de transition pouvant être complexe chez les jeunes. Le taux de chômage y est le plus élevé : d'après les données de l'INSEE, le taux de chômage est aux alentours de 20% pour les 15-24 ans en 2020 contre 8% pour l'ensemble de la

¹ Voir notamment rapport IGAS n° 2009-104 « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » (février 2010), C. AUBIN, D. JOURDAIN MENNINGER, L. CHAMBAUD

² Baromètre santé 2016 Contraception, santé publique France

population¹. D'après les données de la DREES publiées en 2019 sur l'état de santé des jeunes de 18 à 24 ans, les jeunes chômeurs ou inactifs et les jeunes cumulant emploi et études déclarent un moins bon état de santé perçu. Ces écarts s'observent également pour la couverture par une complémentaire santé et pour le renoncement aux soins. Si 92% des jeunes de 18 à 24 ans sont couverts par une complémentaire², ils ne sont que 85% parmi les jeunes chômeurs ou inactifs. Ces derniers déclarent plus souvent avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois : 7% ont ainsi renoncé à consulter un médecin et 6% un dentiste contre 4% de l'ensemble des jeunes adultes pour chacun de ces professionnels de santé.

Or ce sont parmi les personnes ayant des difficultés socio-économiques que le recours à une méthode contraceptive efficace et choisie en dehors de toute pression économique serait le plus difficile. D'après l'enquête 2013 de Médecins du Monde, les femmes en situation précaire seraient 24 % à utiliser une contraception régulière (versus 72 % en population générale). La HAS, dans son étude précitée, fait également le lien entre un moindre recours à la pilule et la dégradation de la situation économique de ces assurées. Le risque d'une diminution du recours à la contraception, sans modification concomitante des pratiques sexuelles, accroît dès lors la probabilité d'une grossesse non désirée, les phases de changement des pratiques contraceptives étant souvent à l'origine d'accidents contraceptifs.

Enfin, le besoin de confidentialité n'est pas significativement réduit entre 18 et 25 ans. Les assurées de cette tranche d'âge se trouvent en effet dans une situation particulière concernant le recours à la couverture complémentaire. Ainsi, les jeunes de 18 à 25 ans sont couverts à 92% par une complémentaire santé, mais ils ne sont que 85% parmi les jeunes chômeurs ou inactifs. Ce taux progresse pour s'établir à 94% pour les 25-34 ans. Il faut également souligner qu'en 2014, 46% des jeunes de moins de 25 ans sont ayants droits de la complémentaire santé d'un ou des parents. Or, contrairement aux remboursements par l'assurance maladie obligatoire, les relevés de remboursement de l'assurance complémentaire sont adressés au titulaire du contrat. Aucune confidentialité de l'accès à la contraception n'est donc pleinement garantie pour ces jeunes femmes, ce qui peut remettre en cause leur libre choix d'avoir recours à un contraceptif.

Les conditions de prise en charge intégrale de la contraception par l'assurance maladie obligatoire sont prévues par l'article L. 160-14, une extension du périmètre de cette prise en charge nécessite donc une mesure législative.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à étendre la prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire des frais liés à la contraception pour les femmes de 18 à 25 ans, avec les mêmes tiers-payants systématiques, la confidentialité étant déjà assurée à cet âge par des relevés de l'assurance-maladie distinct de ceux des parents. Comme c'est le cas aujourd'hui pour les assurées mineures, cette prise en charge couvrirait :

- Une consultation par an avec un médecin ou une sage-femme, en vue d'une prescription de contraception ou d'examens biologiques en lien avec la contraception, ainsi qu'une consultation de suivi lors de la première année d'accès à la contraception ;
- Une fois par an, les examens biologiques nécessaires à la contraception ;
- Les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ;
- La délivrance des contraceptifs remboursables, en pharmacie, sur présentation d'une prescription médicale.
- La contraception d'urgence hormonale.

Il est à noter que cette prise en charge intégrale n'assure pas la gratuité du parcours au regard des dépassements possibles notamment sur les consultations (médicales, gynécologiques).

b) Autres options possibles

Une extension de la gratuité de la contraception pour les femmes aurait pu être envisagée au-delà de 25 ans, pour la tranche d'âge suivante. Toutefois, les spécificités de la tranche d'âge des 18 à 25 ans par rapport aux autres (situation socio-économique, rattachement à l'assurance maladie de leurs parents pour la moitié des femmes) permettent d'objectiver la différence de situation de ces assurées par rapport aux assurées des classes d'âge suivantes et justifient le choix de fixer la borne d'âge à 25 ans.

Il aurait été possible de conserver une participation des assurés de moins de 26 ans sur leurs frais de contraception, mais cela aurait maintenu des freins à l'accès aux soins.

3. 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 base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5233929?sommaire=5359511#titre-bloc-8>

² Etudes et résultats, DREES, novembre 2019, n°1134, « Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi ».

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure implique de modifier les articles L. 160-14, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 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 directement applicable
Mayotte	Mesure applicable (les articles 20-2 et 20-4 de l'ordonnance n°93-1122 du 20 décembre 1996 renvoient vers les articles L. 160-14, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable (l'article 9 de l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 prévoit que l'assurance maladie et maternité est notamment régie par les articles L. 160-13 à L. 160-15 du code de la sécurité sociale ainsi que par les articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1).
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre		-21M€	-21M€	-21M€	-21M€
- Maladie		-21M€	-21M€	-21M€	-21M€

Le chiffrage repose sur un coût annuel moyen de dépenses remboursables constaté de 40 € (pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la complémentaire ou à défaut de couverture, avec un reste à charge pour l'assurée), composé d'une consultation auprès d'un médecin ayant prescrit au moins une fois un contraceptif dans l'année, et du coût de la contraception, qui varie naturellement en fonction du coût du contraceptif choisi (médicament ou dispositif médical et actes liés), ainsi que des tests biologiques le cas échéant. Cette dépense moyenne de 40 % recoupe des pratiques contraceptives par construction diverses.

Le dépense moyenne totale remboursable de ces prestations de soins pour 1,6 millions de femmes âgées de 18 à 25 ans (sur 3 millions de jeunes femmes de cette tranche d'âge) s'élève actuellement à 66M€ dont 21M€ de ticket modérateur, qui correspond au surcoût de la mesure par an.

Le chiffrage est réalisé à comportement constant. Si la mesure peut avoir un effet sur la décision d'opter pour un contraceptif remboursé, la sensibilité de ce chiffrage est de 4M€ pour 100 000 femmes supplémentaires (40 € par patiente).

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 permet d'améliorer l'accès à la contraception pour les jeunes femmes jusqu'à 25 ans tout en prévenant le recours à l'IVG.

• Impact sur les jeunes

La mesure vise spécifiquement les assurées entre 18 et 25 ans au regard à la fois de leur situation économique et de leur besoin de confidentialité vis-à-vis de leurs parents. Elle permet de garantir leur accès à la contraception et leur liberté de choix en matière de pratique contraceptive.

• 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 a un effet direct sur les droits des femmes, en favorisant l'accès à la contraception pour les femmes jusqu'à 25 ans, levier indispensable à la prévention des grossesses non désirées.

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 facilite l'accès des femmes de moins de 26 ans à la contraception en garantissant la gratuité de celle-ci (hors dépassements d'honoraires). La mise en œuvre d'un tiers payant systématique simplifie drastiquement les démarches des assurées pour faciliter l'accès aux soins.

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

L'extension de la gratuité de l'accès à la contraception aux 18-25 ans pourrait être mise en œuvre rapidement, le code d'exonération déjà utilisé pour les mineures pour facturer ces frais pouvant être utilisé par la Caisse nationale d'assurance maladie.

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 les actes faisant l'objet de la prise en charge intégrale par l'assurance-maladie ;
- 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.

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 1^{er} janvier 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie informeront les assurés via leur site internet. Les pharmaciens et praticiens ainsi que les centres de protection maternelle et infantile et les centres de santé seront aussi informés par newsletter pour assurer une bonne information des nouvelles conditions de prise en charge.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure fera l'objet d'un suivi du nombre de bénéficiaires de l'exonération par les régimes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 160-14 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 160-14 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p> <p>1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;</p> <p>2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;</p> <p>3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;</p> <p>4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :</p> <p>a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;</p> <p>b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;</p> <p>5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;</p> <p>6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;</p> <p>8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;</p> <p>9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;</p> <p>10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;</p> <p>11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;</p>	<p>La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p> <p>1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;</p> <p>2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;</p> <p>3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;</p> <p>4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :</p> <p>a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;</p> <p>b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;</p> <p>5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;</p> <p>6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;</p> <p>8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;</p> <p>9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;</p> <p>10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;</p> <p>11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;</p>

<p>12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;</p> <p>13° Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;</p> <p>14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;</p> <p>15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;</p> <p>16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;</p> <p>17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;</p> <p>19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 322-5 du présent code ;</p> <p>20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>21° Pour l'assurée mineure, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;</p> <p>22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;</p> <p>23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret ;</p> <p>24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ;</p> <p>25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code.</p> <p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p> <p>Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.</p>	<p>12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;</p> <p>13° Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;</p> <p>14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;</p> <p>15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;</p> <p>16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;</p> <p>17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;</p> <p>19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 322-5 du présent code ;</p> <p>20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>21°-Pour l'assurée mineure âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs, et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;</p> <p>22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;</p> <p>23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret ;</p> <p>24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ;</p> <p>25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code.</p> <p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p> <p>Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.</p>
--	---

<p align="center">Article L. 162-4-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-4-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Le médecin qui prescrit à une assurée mineure un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via le moyen d'identification électronique du praticien.</p>	<p>Le médecin qui prescrit à une assurée mineure mineure âgée de moins de 26 ans un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via le moyen d'identification électronique du praticien.</p>
<p align="center">Article L. 162-8-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-8-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>
<p>La sage-femme qui prescrit à une assurée mineure un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via le moyen d'identification électronique du praticien.</p>	<p>La sage-femme qui prescrit à une assurée mineure âgée de moins de 26 ans un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via le moyen d'identification électronique du praticien.</p>

Article 45 – Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

I. Présentation de la mesure

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

Pour les personnes en situation de précarité, la couverture complémentaire est une condition essentielle en France pour garantir l'accès aux soins de tous : en effet, la couverture assurantielle joue un rôle prédominant dans les décisions individuelles de santé, notamment les foyers les plus modestes, bénéficiaires ou éligibles à la complémentaire santé solidaire¹. Or, les personnes non couvertes par une complémentaire santé sont principalement des personnes à faible revenu : travailleurs précaires, chômeurs ou inactifs. En effet, si 4 % de la population française n'est pas couverte par une complémentaire santé, ce taux s'élève à plus de 11 % parmi les 10 % de foyers les plus pauvres. Il en résulte des renoncements aux soins importants, puisqu'en 2014, 37% des assurés parmi les 20% les plus pauvres avaient renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières, soit presque trois fois plus que celles appartenant aux 20 % de ménages les plus riches, dont le taux de renoncement est égal à 13 %, alimentant ainsi les inégalités sociales de santé².

La réforme de la complémentaire santé solidaire, mise en œuvre à compter du 1^{er} novembre 2019, vise à répondre à ces problématiques, en créant une couverture unique, simplifiée, couvrant un panier de soins élargi, à destination des personnes à revenus modestes. Cette réforme doit ainsi se traduire par une amélioration du taux de recours par rapport à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), qui demeurait insuffisant. En 2018, alors qu'existaient encore les dispositifs CMU-C/ACS, l'estimation du nombre d'éligibles à la CMU-c réalisée par la DREES se situait entre 6,5 et 7,7 millions de personnes, ce qui amenait le taux de recours à la CMU-c dans une fourchette allant de 56 % à 68 % en 2018. Le nombre d'éligibles à l'ACS (y compris bénéficiaires de contrats collectifs) se situait quant à lui entre 3,1 et 4,4 millions de personnes en 2018 : le taux de recours à l'ACS en 2018 s'élevait ainsi entre 33 et 47 %. Dans le cadre des mesures engagées par le Gouvernement en faveur de la facilitation de l'accès aux droits, l'amélioration du taux de recours à la complémentaire santé solidaire constitue donc un objectif prioritaire, rappelé dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté de 2018.

A date, il apparaît que le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire connaît une hausse par rapport aux anciens effectifs CMU-C/ACS, même s'il est encore trop tôt pour tirer un bilan définitif de la montée en charge de la réforme compte tenu notamment du caractère atypique de la période récente marquée par la crise sanitaire : 7,31 millions en mars 2021, contre 7,08 millions en octobre 2019, sur 12 millions de personnes potentiellement éligibles.

Dans le contexte de crise sanitaire que traverse le pays et des impacts socio-économiques qu'elle engendre, il apparaît encore plus primordial de renforcer l'accès à la complémentaire santé solidaire des assurés les plus précaires.

Ce recours insuffisant peut notamment concerner des bénéficiaires de minimas sociaux, qui disposent pourtant de procédures d'attribution et de renouvellement simplifiées.

Il s'agit tout d'abord **d'accroître le recours à la complémentaire santé solidaire pour les plus précaires, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)**, qui, même s'ils bénéficient de procédure d'attribution (depuis la création de la CMU-c) et de renouvellement (depuis 2019) simplifiés, ne sont pas tous couverts à ce stade. Selon des données maintenant anciennes de la DREES, fin 2012, la proportion d'allocataires du RSA socle non majoré bénéficiant de la CMU-C était de 80 % sur 1,7M d'allocataires en décembre 2012³. 8% de ses allocataires ne disposaient d'aucune couverture complémentaire (le différentiel étant pris en charge par une complémentaire du conjoint par exemple). Au regard de la progression modeste constatée entre octobre 2019 (5.78 millions de bénéficiaires) et mars 2021 (5.92 millions de bénéficiaires) sur les effectifs de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation, la proportion de bénéficiaires du RSA recourant à la complémentaire santé solidaire parmi l'ensemble des bénéficiaires du RSA a vraisemblablement connu cette même évolution, ce qui justifie la mise en œuvre de nouvelles mesures facilitant l'accès à la complémentaire santé solidaire pour ces publics.

Au regard du montant de l'allocation qu'ils perçoivent, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) répondent à l'ensemble des conditions nécessaires pour accéder à la complémentaire santé solidaire participative. Pour rappel, les bénéficiaires de l'ASPA disposent d'une allocation mensuelle maximum à hauteur de 906 euros, soit 10 838,40 euros annuels. Ce même montant est inférieur au plafond maximum de la complémentaire santé solidaire dont le seuil est de 1017 euros mensuels, soit 12 205 euros annuels. Seule la perception de revenus professionnels peut conduire des bénéficiaires de l'ASPA⁴ à disposer de ressources qui les conduiraient à dépasser le seuil de la complémentaire santé solidaire avec participation.

La protection complémentaire en santé de cette population âgée d'au moins 65 ans et qui dispose de faibles ressources constitue dès lors un enjeu primordial pour qu'elle puisse accéder aux soins. En effet, la complémentaire santé solidaire

¹Perceptions subjectives, anticipations et préférences pour la santé des bénéficiaires de la CMU-C. Etude menée par l'Université Paris-Dauphine et l'Université de Lille - Brigitte Dormont, Cécile Gayet, Anne-Laure Samson – 2020

² La complémentaire santé, édition 2019, DREES

³ Minima sociaux et prestations sociales, édition 2020, DREES

⁴ Compte tenu de l'abattement sur ces revenus en application de l'article R. 815-29 du code de la sécurité sociale.

est un véritable levier d'accès aux soins en raison du coût faible de sa cotisation pour un panier de soins protecteur. Ce dispositif est bien plus avantageux pour les bénéficiaires de l'ASPA que n'importe quelle autre offre de santé présente sur le marché. 97% des contrats individuels sont tarifés en fonction de l'âge¹ et conduisent à une forte augmentation des tarifs à compter de 60 ans : les cotisations atteignent en moyenne 85 euros par mois à 60 ans, 113 euros à 75 ans et 123 euros à 80 ans², soit des montants nettement supérieurs au tarif maximum de la complémentaire santé solidaire fixé à 30 euros par mois, et ce alors même que le niveau de prise en charge moyen des contrats de complémentaire santé privés diminue avec l'âge car ils tiennent compte du profil de consommation.

Pourtant, le recours des bénéficiaires de l'ASPA à la complémentaire santé solidaire reste encore limité, notamment en raison du fait que ces bénéficiaires tendent à conserver leur contrat de complémentaire privé auquel ils avaient souscrit pendant leur période d'activité. Néanmoins, ce type de contrat s'avère très onéreux pour des bénéficiaires de l'ASPA, ce qui fragilise la situation économique de ces personnes et éventuellement leur accès aux soins puisque la complémentaire santé solidaire propose un panier de soins plus large que les contrats responsables de droit privé. En 2019, 70 628 assurés percevant l'ASPA bénéficiaient du renouvellement automatique de leur contrat de complémentaire santé solidaire sur 600 000 bénéficiaires de l'ASPA éligibles potentiels³. Au regard de ces données laissant supposer un faible recours de ces publics à ce dispositif d'accès aux soins, il apparaît indispensable de proposer une mesure de simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les primo-demandeurs de l'ASPA, qui viendra compléter la mesure de renouvellement automatique déjà mise en place.

Par ailleurs, alors que les assurés disposant d'un organisme complémentaire bénéficient du droit à la résiliation infra-annuelle, sans frais, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ne peuvent pas interrompre leur droit avant le délai d'un an.

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et le décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé prévoient la possibilité d'une résiliation infra-annuelle pour les contrats de complémentaire santé d'une durée supérieure à un an et tacitement reconductibles depuis le 1^{er} décembre 2020. Les contrats de complémentaire santé solidaire, d'une durée d'un an et non tacitement reconductibles, qu'elle soit gratuite ou participative, n'entrent donc pas dans le champ d'application de ce décret.

Néanmoins, des demandes de résiliation de contrats de complémentaire santé solidaire en cours de droit sont régulièrement effectuées par les bénéficiaires. Les organismes gestionnaires de ces contrats relèvent deux raisons principales pour lesquelles les bénéficiaires souhaitent résilier leur contrat : d'une part, dans le cadre d'un retour à l'emploi, le souhait de souscrire à un contrat de complémentaire proposé par son employeur et d'autre part, lorsque le bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé solidaire participative fait face à une dégradation de sa situation financière en cours de droit et souhaite réaliser une nouvelle demande de complémentaire santé solidaire pour l'obtenir à titre gratuit.

Le contrat de complémentaire santé solidaire peut apparaître dans ces situations à ce titre contraignant pour ces bénéficiaires et en tout état de cause moins avantageux sur ce point que les autres complémentaires santé.

Le champ du contentieux relatif à la complémentaire santé solidaire pourrait aussi être clarifié.

Selon l'article L.142-3 du code de la sécurité sociale, « les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L. 861-5 » (à savoir les décisions d'attribution de la complémentaire santé solidaire) rentrent dans le champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale et sont soumis à la commission de recours amiable (CRA). Néanmoins, il existe un vide juridique s'agissant des autres décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire, qu'il s'agisse des décisions de fermeture du droit prises en application de l'article L. 861-11 comme des décisions relatives aux demandes de remise ou de réductions de dettes et décisions ordonnant le reversement d'une prestation versée à tort prises sur le fondement de l'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale.

Simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire

Aujourd'hui, les régimes d'assurance maladie ou les organismes complémentaires gestionnaires peuvent gérer des contrats de complémentaire santé solidaire. Cependant, l'instruction des dossiers, tout comme leur renouvellement, sont du ressort des caisses de sécurité sociale, les organismes complémentaires intervenant pour ouvrir des contrats aux assurés une fois le droit attribué par leur caisse, faire état de leurs remboursements et recouvrer leurs participations, le cas échéant. En 2020, la dépense relative à la complémentaire santé solidaire s'élève à 2,45 Md€ au total : les dépenses au titre d'assurés gérés par des régimes obligatoires s'élèvent à 2,11 Md€, la dépense constatée étant de 335 M€ pour les assurés relevant d'organismes complémentaires gestionnaires du dispositif (sachant qu'en tout état de cause ces dernières dépenses sont in fine financées par l'assurance maladie obligatoire actuellement, dans la mesure où les organismes complémentaires déduisent de la TSA dont ils sont redevables les dépenses au titre de leurs adhérents), toutes dépenses de santé et frais de gestion confondus⁴. Fin 2020, 57 % des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation et 8 % des bénéficiaires sans participation avaient choisi de faire gérer leur droit par un organisme complémentaire, soit au global 1,276 M d'assurés et 17,5 % des bénéficiaires totaux.

¹ La complémentaire santé, édition 2019, DREES

² Romain Loiseau (DREES) (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. Études et résultats, 1198.

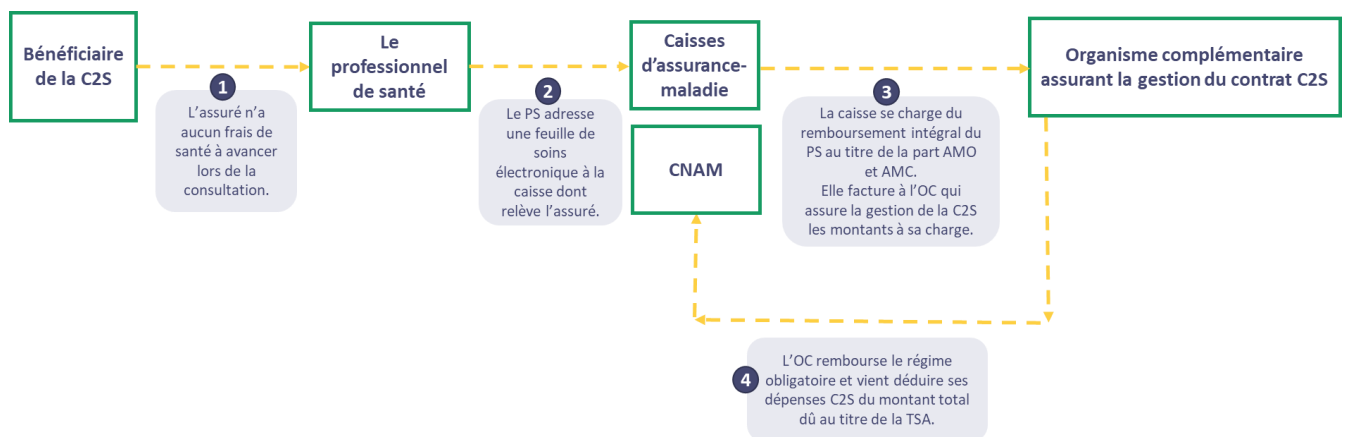
³ Source CNAM, 2019

⁴ Source : tous régimes et déclarations OC, évaluation calculée par clef de répartition, sur la base d'éléments fournis par la CNAM, déclarations OC provisoires.

Cependant, le circuit de financement de la complémentaire santé solidaire reste marqué par une multiplicité de flux financiers entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie, que plusieurs réformes récentes ont rendu progressivement circulaires. D'une part, la création de la complémentaire santé solidaire, qui s'est substituée à la CMU-c et à l'aide à la complémentaire santé (ACS) à compter de novembre 2019, a conduit à revoir le financement des organismes complémentaires participant à ce dispositif. Désormais ils sont remboursés des dépenses réelles prises en charge, alors que précédemment ils ne recevaient compensation de ces frais que dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire. D'autre part, la suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire, à compter du 1^{er} janvier 2021, a amené la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) à prendre en charge l'ensemble des dépenses de complémentaire santé solidaire dans un fonds dédié, alors que le Fonds de la complémentaire santé solidaire assurait cette fonction auparavant.

Dans le cadre du tiers payant intégral coordonné par l'assurance-maladie obligatoire, qui représente 99,5% des prestations et actes réalisés pour le compte des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, ce sont en réalité les régimes obligatoires qui avancent la part complémentaire de la dépense en santé, celle-ci étant ensuite facturée aux organismes. Ces derniers remboursent les régimes puis déduisent les montants remboursés dans le cadre de leur déclaration de TSA, après majoration et minoration des montants dus (voire parfois déduisent les montants remboursés dans le cadre de leur déclaration de TSA puis postérieurement remboursent les régimes obligatoires).

Cette situation est expliquée par le schéma suivant :



Ainsi, le circuit de financement actuel se révèle circulaire, sous optimal et peu lisible, tant pour les caisses que pour les organismes complémentaires. Il en résulte à la fois un circuit comptable complexe et des effets négatifs de trésorerie pour les deux parties, dont un décalage de 200 M€ de trésorerie pour la CNAM. Ce fonctionnement implique également des charges administratives autant du côté des caisses (facturation et recouvrement des dépenses avancées au nom des organismes complémentaires) que des organismes complémentaires (vérification des factures adressées par les CPAM, déduction de taxe de solidarité additionnelle (TSA), contrôles effectués par des inspecteurs de l'URSSAF) ou de la branche recouvrement (contrôle, rapprochement ex post des factures de l'assiette de la taxation).

Les caisses de mutualité sociale agricole, contrairement à l'ensemble des autres caisses de protection sociale, ne disposent pas légalement du pouvoir général de remise des indus réclamés à leurs assurés pour cause de précarité.

Concernant les indus pour précarité des assurés du régime général, l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale prévoit un principe général de remise de dette en cas de précarité, en dehors des cotisations et majorations, pour les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale, par une décision dûment motivée, sauf cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. Cependant, à défaut de renvoi ou bien d'une disposition miroir dans le code rural et de la pêche maritime, cet article n'est pas applicable au régime agricole.

Ainsi, d'une manière générale, les caisses de mutualité sociale ne peuvent qu'octroyer des secours, au titre de libéralités en les finançant sur les fonds de leur action sanitaire et sociale, au bénéfice de leurs assurés les plus en difficulté. Cette question est d'autant plus prégnante face à la crise sanitaire qui conduit les assurés en situation de précarité à solliciter davantage de remises de dettes.

Auparavant, la Cour de cassation estimait que seul l'organisme social avait la faculté de remettre ou de réduire le montant de sa créance, en cas de précarité de la situation du débiteur. Le juge judiciaire était considéré comme incompétent pour statuer sur une telle demande¹. Toutefois, la Cour a effectué un revirement de jurisprudence par un arrêt en date du 28 mai 2020² qui dispose qu'« il appartient au juge d'apprécier si la situation de précarité du débiteur justifie une remise totale ou partielle de la dette en cause ». Cette nouvelle interprétation de l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale par le juge judiciaire donne la possibilité aux juges de condamner des caisses de MSA à remettre des indus alors même que légalement elles ne pourraient pas y procéder.

¹ Chambre civile 2ème, 10 mai 2012, n° 11-11.278, Publié au bulletin

² Chambre civile 2ème, Arrêt n°449 du 28 mai 2020, n°18-26.512

Les modalités de prise en charge des frais de santé pourraient être harmonisées pour les enfants nés en détention et qui restent avec leur mère écrouée

En application de l'article L. 381-30 du CSS, les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière. Depuis fin 2017, le Centre national des personnes écrouées (CNPE), constitué de deux pôles au niveau de la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) du Lot et de la CPAM de l'Oise, gère les affiliations, remboursements, mutations de ces personnes jusqu'à leur libération et reprise en gestion par leur caisse de résidence.

En vertu du dernier alinéa de l'article L. 381-30-1 du CSS, les ayants droit des personnes écrouées en situation irrégulière ne peuvent bénéficier de la prise en charge des frais de santé. Aussi, alors que les enfants nés en détention de mère en situation régulière sont affiliés au même régime que leur mère, ceux nés de mères en situation irrégulière sont couverts par l'aide médicale de l'Etat (AME) et rattachés à la caisse de leur lieu de résidence. La dissociation du dossier mère/enfant entraîne ainsi un risque de rupture de droits pour l'enfant à l'expiration des droits AME, et empêche le CNPE de veiller à la réalisation des examens de santé obligatoires de l'enfant dans le cadre de ses missions de promotion de la santé en détention.

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

a) Mesure proposée

L'amélioration du recours pour les bénéficiaires de minimas sociaux : l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA

La mesure vise à automatiser l'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière aux bénéficiaires du RSA sauf option contraire de leur part et ainsi de transformer ce dispositif en droit effectif, conformément aux recommandations du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale¹, afin de lutter contre le non-recours et améliorer l'accès aux soins des plus précaires.

La mesure consiste ainsi à **prévoir une attribution automatique de la complémentaire santé solidaire sans participation financière aux allocataires du RSA, sans démarche de leur part, en prévoyant la possibilité de renoncer à ce droit à la complémentaire santé solidaire lors de la demande de RSA**, au lieu de demander au bénéficiaire du RSA d'accepter son ouverture. Les procédures d'attribution différeront selon la modalité de demande de RSA choisie :

- Pour les demandes de RSA faites via le téléservice (2/3 des demandes) ou via @RSA lors d'un rendez-vous des droits en CAF (12% des demandes), l'attribution serait immédiate, ainsi que le choix de l'organisme gestionnaire (un défaut de choix d'organisme complémentaire impliquera une gestion par la caisse d'assurance-maladie), sauf option contraire qui devra être explicite ;
- Pour les demandes de RSA par voie papier (20% des demandes), le formulaire de demande de RSA serait modifié pour que les intéressés puissent refuser le cas échéant le bénéfice de la complémentaire santé solidaire. Ils pourront aussi exprimer le choix d'un organisme gestionnaire. A défaut de réponse, la gestion serait assurée par leur caisse d'assurance maladie. Aujourd'hui, la procédure est plus complexe car le demandeur doit remplir une demande de complémentaire santé solidaire dans ce cas de figure (il n'est en revanche pas nécessaire de renseigner la rubrique relative aux ressources, l'attestation de la CAF ou de la MSA de demande de RSA permettant de bénéficier de la complémentaire santé solidaire sans participation).

L'adaptation du téléservice pour l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux demandeurs du RSA est prévue le 1^{er} janvier 2022 : en effet, puisqu'il existe déjà un module permettant de demander la complémentaire santé solidaire au sein du module de demande RSA, il s'agira surtout de modifier le contenu de la demande en ligne.

Toutefois, les formulaires papiers actuels de demande de RSA ne permettent pas quant à eux de demander la complémentaire santé solidaire de façon simultanée au RSA. Il faudra donc prévoir un temps d'adaptation des formulaires et des systèmes d'information plus long afin d'appliquer l'attribution automatique à ce type de demandes, qui représentent une part minoritaire des demandes effectuées (20%).

Dans l'attente de l'évolution des systèmes d'informations des organismes de sécurité sociale pour les demandes RSA effectuées par voie papier, il est proposé de mettre en place une disposition transitoire. Les bénéficiaires du RSA seront informés de l'attribution de leur droit à la complémentaire santé solidaire et devront transmettre uniquement la composition de leur foyer et le choix de leur organisme gestionnaire pour finaliser leur ouverture de droit.

L'automatisation du droit vise à couvrir environ 95% des nouveaux bénéficiaires du RSA par la complémentaire santé solidaire d'ici à 2025.

En complément de cette mesure qui visera principalement les primo-demandeurs du RSA, il conviendra de réaliser de fortes actions de communication et de promotion du dispositif de la complémentaire santé solidaire aux personnes déjà allocataires de ce minimum social. Ces actions seront réalisées conjointement par le ministère des solidarités et de la santé ainsi que la CNAM et la Mutualité sociale agricole.

¹ « Soutenir, accompagner, protéger 12 propositions pour accompagner les plus fragiles face à la crise », Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2020

Facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'ASPA

L'objet de la mesure est de faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'ASPA en leur simplifiant les démarches.

En raison du montant de leurs ressources mensuelles, les allocataires de l'ASPA bénéficieront à présent d'une présomption de droits à la complémentaire santé solidaire participative. Cette présomption de droit se traduira par une simplification des démarches. En effet, les coordonnées des bénéficiaires de l'ASPA permettant d'en identifier les nouveaux seront transmises tous les mois aux caisses d'assurance-maladie par les caisses d'assurance-vieillesse. Si le bénéficiaire est déjà couvert par un organisme complémentaire et que ce dernier est inscrit sur la liste des organismes gestionnaires, les caisses d'assurance-maladie signaleront l'existence de l'offre de la complémentaire santé solidaire et ses caractéristiques, l'organisme complémentaire lui adressant son bulletin d'adhésion et son mandat de prélèvement à renvoyer s'il souhaite bénéficier du droit. Si l'assuré ne dispose pas d'un organisme complémentaire gérant la complémentaire santé solidaire, la caisse d'assurance-maladie le contactera et l'informerá de la possibilité qui lui est offerte s'il le souhaite, soit de choisir un organisme gestionnaire de la liste, soit de renvoyer le mandat de prélèvement ou le bulletin d'adhésion à la caisse. Ces assurés n'auront ainsi plus à renseigner le formulaire de complémentaire santé solidaire, mais garderont la possibilité de choisir ou non de bénéficier du droit, au moment du renvoi du bulletin d'adhésion et du mandat de prélèvement. Enfin, les assurés sans complémentaire santé se verront proposer la C2S afin de lever pleinement les freins financiers à leur accès aux soins. Ces modalités seront mises en place en avril 2022 en raison des transformations importantes requises des systèmes d'information des caisses.

A moyen terme, lorsque la demande d'ASPA pourra être réalisée par le biais d'un téléservice, la demande de complémentaire santé solidaire et le choix de l'organisme gestionnaire pourra être intégré directement au téléservice.

Les caisses d'assurance-maladie réaliseront cependant des contrôles afin de vérifier que le bénéficiaire de l'ASPA n'exerce pas d'activité professionnelle, qu'elle soit indépendante ou salariée, le bénéficiaire pouvant alors dépasser le plafond de ressources de la complémentaire santé solidaire du fait du mécanisme d'abattement sur les revenus professionnels. L'utilisation du dispositif de ressources mensualisées (DRM), ou des échanges d'information avec l'ACOSS ou la DGFIP, pourront, à terme, permettre de vérifier qu'aucun revenu professionnel, issu d'une activité salariée ou indépendante, n'a été perçu dans une période de référence à définir (dans l'intervalle, des contrôles ponctuels pourront être réalisés). Si c'est le cas, la caisse d'assurance-maladie reprendrait contact avec l'assuré afin de lui demander de déposer une demande de complémentaire santé solidaire et de vérifier si ses ressources sont bien inférieures au seuil. Néanmoins, cela concernera un nombre d'assurés très limité, de l'ordre de quelques milliers et ne sera pas un frein à l'effet puissant de la mesure sur le recours au dispositif.

En complément de cette mesure qui visera principalement les primo-demandeurs de l'ASPA, il conviendra de réaliser de fortes actions de communication et de promotion du dispositif de la complémentaire santé solidaire aux personnes déjà allocataires de ce minimum social. Ces actions seront réalisées conjointement par le ministère des solidarités et de la santé ainsi que la CNAV et la Mutualité sociale agricole. Le stock de bénéficiaires de l'ASPA pourra également accéder à la complémentaire santé solidaire de façon plus simple, en remplissant le formulaire dédié, mais sans déclarer les ressources, une attestation de leur caisse d'assurance-vieillesse leur accordant le bénéfice de l'ASPA étant suffisante pour vérifier leur éligibilité.

Le droit à l'interruption en cours de droit de la complémentaire santé solidaire

Au regard du caractère contraignant de ce type de contrat, dans certaines situations circonscrites, pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, notamment lorsqu'ils s'acquittent de participations financières, il est proposé de leur permettre de résilier leur contrat en cours de droit, au même titre que les contrats de complémentaire santé relevant du décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020.

Ce droit sera ouvert à tous les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, même s'il a vocation surtout à bénéficier à ceux acquittant une participation financière¹.

Il est proposé de permettre de résilier la complémentaire santé solidaire en cours de droit sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prendra effet à la fin du mois de réception, par l'organisme gestionnaire de la notification par l'adhérent.

Cependant, cette mesure ne vise pas à permettre à l'assuré de changer d'organisme complémentaire gestionnaire pour gérer son contrat, il s'agit d'une résiliation du contrat en cours visant à faciliter l'attribution de la complémentaire santé à titre gratuit ou la couverture par un organisme privé en cas de changement de la situation individuelle et financière du bénéficiaire au cours de l'année. Il ne sera pas non plus possible d'ouvrir un nouveau droit si les participations financières dues au titre des contrats de complémentaire santé solidaire précédents n'ont pas été acquittées, sauf si le demandeur, de par sa situation de précarité, a fait l'objet d'une intervention de sa caisse de sécurité sociale visant à l'aider dans le règlement de ses participations, ou bien à réduire ou remettre ses dettes.

L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire

La commission de recours amiable (CRA) statue sur les réclamations formées contre les décisions administratives relatives à l'application des législations et réglementations de sécurité sociale qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre précontentieux. Il est proposé que l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale soit élargi pour prendre en compte l'ensemble des litiges relatifs à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L.861-1 dudit code, notamment les décisions de fermeture du droit à la complémentaire santé solidaire, les décisions relatives aux demandes

¹ C'est en effet sur la complémentaire santé solidaire avec participation que des difficultés ont été principalement remontées.

² <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf>

de remises ou de réductions de dettes et les décisions ordonnant le reversement d'une prestation versée à tort, qui ne relèvent pas à ce stade de sa compétence.

La simplification du circuit de financement

Dans un objectif de simplification du circuit de financement, il est proposé que la prise en charge de la part d'assurance maladie complémentaire avancée par la caisse d'assurance-maladie dans le cadre du tiers payant intégral coordonné soit réalisée directement par la CNAM. Lorsque le professionnel de santé adressera la feuille de soins électronique à la caisse de l'assuré, elle se chargera du remboursement intégral du professionnel de santé au titre de la part des assurances maladie obligatoire et complémentaire et la caisse ne facturera pas à l'organisme complémentaire les montants à sa charge. Ces dépenses seront directement prises en charge par le fonds comptable de la CNAM. L'organisme complémentaire n'aura donc pas besoin de rembourser la caisse et n'aura pas à déduire ses dépenses de complémentaire santé solidaire du montant total dû au titre de la TSA. Seules les dépenses réalisées en dehors du tiers payant intégral (correspondant à 0,5 % des actes pris en charge) devront faire l'objet d'un autre circuit spécifique qui sera précisé par décret. La TSA versée par les organismes complémentaires sera toujours majorée des montants de participations dus aux organismes complémentaires et minorée des frais de gestion.

La simplification du circuit de financement doit permettre plusieurs améliorations. En premier lieu, cette évolution permettrait de sécuriser davantage le risque financier (99,5 % des actes sont pris en charge dans le cadre du TPI) et simplifie la tâche de recouvrement des caisses. En parallèle, la CNAM assurera une fiabilisation des dépenses engagées en établissant un contrôle de cohérence avec le montant des dépenses et les données sur les bénéficiaires transmis par les organismes complémentaires, et fournira au ministre chargé de la sécurité sociale les données nécessaires au suivi du dispositif (dépenses détaillées par poste avec une distinction entre la C2S et la C2SP et entre la gestion par les régimes d'assurance maladie ou par les organismes complémentaires).

Enfin, pour les organismes complémentaires, cette mesure permettra une réduction des dépenses liées à la gestion du dispositif :

- La suppression de charge de gestion liée au remboursement des caisses et à la vérification des factures,
- La réduction des déductions de TSA réalisées au titre des dépenses de complémentaire santé réalisées et des contrôles URSSAF associés.

La mesure n'a, par ailleurs, aucun impact dans les comptes de gestion de la complémentaire santé solidaire des organismes complémentaires, les dépenses de complémentaire santé solidaire étant déjà comptabilisées en compte de tiers depuis la mise en place du remboursement au réel des dépenses fin 2019.

Si les circuits de financement de la complémentaire santé solidaire sont simplifiés, il n'en demeure pas moins essentiel que les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif conservent une relation avec les adhérents. Les caisses informeront les organismes complémentaires des dépenses prises en charge afin que ces derniers puissent continuer à répondre aux sollicitations de leurs bénéficiaires sur leurs remboursements. Enfin, le recouvrement de la participation à la complémentaire santé solidaire participative continuera à être assuré par les organismes complémentaires pour les 57 % de bénéficiaires ayant opté pour une gestion par une complémentaire santé avec participation financière.

Remise des indus pour précarité des assurés du régime agricole

Il est proposé d'inclure dans le code rural de la pêche maritime une disposition miroir à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale qui permet aux caisses du régime général de procéder à des remises de dettes sur les indus de leurs bénéficiaires pour cause de précarité. Les caisses de mutualité sociale agricole pourront ainsi procéder à de telles remises de dettes.

Rattachement des enfants nés en détention de mère irrégulière au régime des personnes écrouées

Dans un souci de gestion simplifiée, il est proposé de rattacher les enfants nés en détention de mères en situation irrégulière au même régime que leur mère pendant la durée où ils restent en détention (jusqu'à 24 mois) et de leur faire bénéficier de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie en lieu et place de l'AME. Cette pratique serait cohérente avec les règles de gestion qui prévoient que la prise en charge des enfants suit celle des parents, puisque les mineurs ne sont pas soumis aux règles du droit au séjour.

Après la période de séjour auprès de sa mère écrouée, l'enfant devient ayant droit d'un parent ou tuteur, ou est placé à l'aide sociale à l'enfance et il est alors affilié de façon autonome à la protection universelle maladie et à complémentaire santé solidaire. La reprise du dossier sera facilitée si l'interlocuteur de la caisse de résidence est le CNPE, qui sera au fait de la situation spécifique de l'enfant et de sa mère.

b) Autres options possibles

Concernant les mesures d'attribution automatique, ne pas les mettre en œuvre conduirait à maintenir un non-recours important à la complémentaire santé solidaire. Il n'apparaît pas envisageable d'automatiser davantage l'attribution automatique aux bénéficiaires de l'ASPA, dans la mesure où les bénéficiaires auront à liquider une participation financière liée à ce droit.

Le maintien des circuits de financements actuels de la complémentaire santé solidaire se traduirait par la nécessité de travaux SI importants et par une charge de gestion élevée pour les caisses de sécurité sociale comme pour les organismes complémentaires.

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

Ces mesures relatives à la complémentaire santé solidaire s'inscrivent dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où elles ont un effet sur les dépenses de complémentaire santé solidaire, qui sont prises en charge par la branche maladie. La mesure relative aux circuits de financement de la complémentaire santé solidaire a également un effet sur la trésorerie et la comptabilité des régimes et relève donc du champ des lois de financement de la sécurité sociale au titre du 4° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- **Possibilité de codification**

L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA et la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'ASPA.

Il convient de modifier les articles L. 142-3, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 861-1, L.861-2, L. 861-5, L. 862-2, L. 862-7 du code de la sécurité sociale ainsi que l'article L.725-3-1 du code rural et de la pêche maritime.

- **Abrogation de dispositions obsolètes**

Aucun article à abroger.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de l'automatisation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA est estimé à 8M€ en 2022.

80% des bénéficiaires du RSA ont recours à la complémentaire santé solidaire sans participation financière, alors le nombre de bénéficiaires du RSA et de la complémentaire santé solidaire s'élève en décembre 2020 à 1,66 millions de personnes. Pour le RSA, le nombre d'entrants dans le dispositif en 2019 s'élevait à 1 080 000 individus contre 1 068 000 sortants¹.

Puisqu'elle porte sur une modification du formulaire de demande du RSA, la mesure proposée viserait donc les nouveaux entrants dans le dispositif. L'objectif fixé est qu'à l'horizon 2025, 95% des nouveaux entrants (soit un objectif de 160 000 personnes entrantes en plus à 2025) bénéficient de la complémentaire santé solidaire, pour une dépense moyenne par bénéficiaire de 413€ par an. Le chiffrage proposé constitue le coût total de ces nouveaux entrants au sein du RSA et qui disposeront de la complémentaire santé solidaire, en intégrant le taux de sortie habituel constaté pour les bénéficiaires du RSA.

Le coût de la facilitation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires de l'ASPA est estimé à 1,1M€ en 2022.

En 2012, 25% des bénéficiaires de l'ASPA étaient bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, soit 150 000 personnes environ. En 2019, le nombre de bénéficiaires de l'ASPA s'élève à 600 000. Le nombre de nouveaux entrants dans le dispositif s'élevait en 2019 à 44 300 individus : parmi ces entrants, 11 075 d'entre eux (25% de 44300) choisissent déjà le bénéfice de la complémentaire santé solidaire. La mesure proposée viserait donc à ce que le taux de recours augmente chez les nouveaux entrants à l'ASPA de 25 % de taux de recours en 2021 pour atteindre 75% d'ici à 2025, donc une progression de 5538 bénéficiaires par an, soit 33 225 nouveaux bénéficiaires à l'horizon 2025. Le taux de sortie chez les bénéficiaires de l'ASPA étant très faible, cette variable n'est pas prise en compte dans le calcul : toutefois est prise en compte la participation financière demandée à ces personnes dont les revenus se situent au niveau de la complémentaire santé solidaire avec participation, cette participation s'élevant à minima à 25€ par mois, donc 300€ par an, qui se déduit du coût moyen du bénéfice de la complémentaire santé solidaire, qui s'établit à 701 euros en moyenne après 65 ans.

L'interruption en cours de droit de la complémentaire santé solidaire

Le coût de la résiliation en cours de droits, sans frais, de la complémentaire santé solidaire n'est pas significatif puisque, si quelques assurés en font la demande, leur nombre serait très faible. Dans le cas où le bénéficiaire souhaite résilier son contrat pour un contrat d'entreprise, une économie sera réalisée pour les organismes de sécurité sociale, à l'inverse, lorsque l'assuré fait face à une dégradation de sa situation financière en cours de droit et souhaite réaliser une nouvelle demande de complémentaire santé solidaire pour l'obtenir à titre gratuit, cela entraînera une dépense supplémentaire pour les organismes de sécurité sociale. Cette dépense et cette économie pouvant s'équilibrer, cette mesure engendrerait également des coûts supplémentaires pour les caisses d'assurance maladie dont la charge de travail augmenterait. Au total, la dépense estimée de cette mesure est égale à 200 000 euros en 2022.

Simplification du circuit de financement de la complémentaire santé solidaire

Selon les estimations de la CNAM, cette mesure permettrait de supprimer 30 ETP dédiés au recouvrement des sommes dues par les organismes complémentaires. Elle éviterait également une transformation des SI, pour un coût évalué à 1,3 M€, nécessaire à la fiabilisation des données sur les OC lors de la facturation. La mesure proposée aurait donc un impact financier positif.

L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire

Concernant les contestations relatives au droit complémentaire santé solidaire, 15 555 dossiers (137 accords + 15 418 rejets) ont été passés en CRA, soit un taux d'accord de 0,88% en 2020. Cette mesure impactera le budget des organismes de sécurité sociale, de manière limitée.

La remise des indus pour précarité des assurés du régime agricole

En 2020, 3330 remises de dettes ont été sollicités pour 53,39% d'accord au régime général. En appliquant ces dépenses au régime agricole, la mesure s'élèverait à un coût d'environ 0,12 M€ pour 1,9 M d'affiliés au régime agricole contre 62,2 M au régime général.

Le rattachement des enfants nés en détention de mère irrégulière au régime des personnes écrouées

La mesure de rattachement des enfants nés en détention de mère en situation irrégulière au régime des personnes écrouées aura un impact financier faible. En effet, elle ne concernera que quelques enfants parmi la dizaine d'enfants nés chaque année en détention de mère étrangère (en situation régulière ou irrégulière).

¹ https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/rsa%20conjoncture/CNAF_RSA_FICHE_AVRIL.pdf

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
<i>Attribution automatique aux bénéficiaires du RSA</i>		-8,3	-22,8	-33,2	-40
<i>Facilitation du recours pour les bénéficiaires de l'ASPA</i>		-1,1	-3,3	-5,5	-7,8
<i>Contentieux</i>		-0,15	-0,15	-0,15	-0,15
<i>Résiliation en cours de droit</i>		-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
<i>Simplification des circuits de financement</i>		+1,3	+1,3	+1,3	+1,3
<i>Indus MSA</i>		-0,125	-0,125	-0,125	-0,125

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

a) Impacts économiques

L'attribution automatique de cette protection aux allocataires du RSA et l'amélioration de la couverture des bénéficiaires de l'ASPA engendrera des dépenses plus importantes pour l'assurance maladie : toutefois, une population mieux protégée en matière de santé est une population nécessairement moins malade et plus productive. Ces mesures visant à ce que l'ensemble de la population en France soit couverte par une protection complémentaire en santé ont des effets positifs indirects sur l'économie.

b) Impacts sociaux

Les mesures visant à renforcer l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les allocataires du RSA et ceux de l'ASPA permettront à ces publics en situation de précarité d'être complètement protégés en matière de santé. Ces mesures visent à réduire les inégalités de santé en fonction des revenus des individus qui persistent en France, malgré l'universalité de l'assurance maladie obligatoire, puisque ces inégalités dépendent désormais du fait de bénéficier d'une protection complémentaire et du taux de couverture de cette dernière.

- **Impact sur les jeunes**

L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du revenu de solidarité active s'applique aux jeunes de 18 à 25 bénéficiant du RSA jeune actif prévu à l'article L.267-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'aux personnes âgées de 18 à 25 ans assumant la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître, ce qui facilitera la protection en santé de ces populations.

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

L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire ainsi que la facilitation de l'accès à cette protection pour les bénéficiaires de l'ASPA permettront un accès renforcé à la santé pour les personnes présentant des handicaps parmi ces populations d'allocataires.

c) Impacts sur l'environnement

Les mesures présentées ne présentent pas d'impact direct sur l'environnement.

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

Les femmes étant davantage exposées à la précarité économique que les hommes, les mesures d'amélioration de l'accès à la complémentaire santé solidaire permettront d'atténuer certains des effets négatifs induits par les inégalités de revenus entre les hommes et les femmes et de garantir un meilleur accès à la santé pour ces dernières.

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

L'attribution automatique aux bénéficiaires du RSA de la complémentaire santé solidaire se traduira par une simplification des démarches pour ces assurés, alors que la complexité de ces démarches pouvait créer du non-recours. Les demandes effectuées via le téléservice ou via @RSA donneront lieu à l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire, sauf opposition du demandeur, à signaler sur le formulaire. A défaut du choix d'un organisme complémentaire, la gestion sera confiée à son régime obligatoire d'assurance-maladie. Pour les demandes de RSA papier, le formulaire de demande du RSA sera modifié afin d'informer le demandeur de leur ouverture d'un droit à la complémentaire santé solidaire, sauf s'il manifeste son opposition, et de lui faire choisir son organisme gestionnaire, avec gestion par son régime obligatoire par défaut. Ainsi, les bénéficiaires du RSA seront toujours libres de ne pas bénéficier de la complémentaire santé solidaire : une clause d'opt-out sera présente sur les formulaires de demandes de RSA, aussi bien en version papier qu'en version dématérialisée. Si la modification du téléservice n'implique pas de lourde transformation des SI actuels, la modification du formulaire papier et du recueil d'informations par la CNAF et la CNAM de ces demandes nécessitera un délai plus long.

Concernant la facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire avec participation financière pour les allocataires de l'ASPA leurs démarches seront allégées puisqu'ils n'auront plus en pratique à déclarer leurs ressources pour se voir attribuer le droit. Les primo-demandeurs n'auront plus besoin de remplir le formulaire de complémentaire santé solidaire et seront directement contactés par leur caisse d'assurance-maladie ou leur organisme complémentaire pour adhérer à la complémentaire santé solidaire. Ils devront transmettre à cet effet un mandat de prélèvement autorisant la caisse d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire à effectuer ces prélèvements.

La résiliation en cours de droit créera une nouvelle démarche potentielle pour les assurés, mais elle sera simple à effectuer. Cette mesure permettra aux bénéficiaires de souscrire à une autre complémentaire santé s'ils le souhaitent, sans se voir obliger de payer deux cotisations ou d'attendre l'échéance de leur droit à la complémentaire santé solidaire. En outre, ils pourront également, en cas de changement de situation en cours de droit, effectuer à nouveau une demande de complémentaire santé solidaire afin d'obtenir le contrat sans participation financière.

L'élargissement des compétences des CRA en matière de complémentaire santé solidaire permettra aux bénéficiaires de contester des décisions de fermeture du droit, des décisions relatives aux demandes de remise ou de réductions de dettes et décisions ordonnant le reversement d'une prestation versée à tort.

Sur la possibilité pour le régime agricole de faire bénéficier leurs assurés en situation de précarité d'une remise de dette, cette procédure ouvre à ces derniers une voie de recours supplémentaire.

La simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire n'aura aucun impact sur les assurés, puisque cette mesure ne modifie que les flux financiers entre caisses et organismes gestionnaires, sans conséquence sur les démarches des assurés.

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

Concernant l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux allocataires du RSA, les systèmes d'informations de la CNAM, des CPAM, de la CNAF, des CAF ainsi que de la CCMSA et des régimes spéciaux devront faire l'objet de modifications en vue d'optimiser la transmission des flux de données entre les deux services. En effet, pour les demandes de RSA réalisées via le téléservice ou via le formulaire papier, il sera nécessaire de modifier les flux d'informations envoyés entre les caisses et prévoir des transformations des systèmes d'informations des caisses, pour leur permettre de traiter ces flux. Il s'agira notamment, pour les demandes réalisées par papier, de pouvoir transmettre les coordonnées des membres du foyer, le souhait de bénéficier ou non de la complémentaire santé solidaire et leur choix d'organisme gestionnaire

Il en sera de même avec la simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les allocataires de l'ASPA. La facilitation d'accès à la complémentaire santé aux bénéficiaires de l'ASPA demandera aux caisses de sécurité sociale de réadapter les flux d'échange d'informations existants entre CNAM, CPAM, CNAV et CARSAT, afin de prévoir des transmissions mensuelles des coordonnées des bénéficiaires de l'ASPA

L'exercice d'une activité professionnelle sera contrôlé par les caisses d'assurance-maladie, afin de s'assurer que le bénéficiaire ne peut dépasser le seuil de ressources du fait du mécanisme d'abattement sur les revenus professionnels. Les caisses contacteront alors les bénéficiaires de l'ASPA pour établir une demande de complémentaire santé solidaire complète et vérifier ainsi leurs ressources.

La résiliation en cours de droit nécessitera de modifier également les procédures de fermeture des droits à la complémentaire santé solidaire, pour les caisses de sécurité sociale comme pour les organismes complémentaires gestionnaires.

Concernant le contentieux à la complémentaire santé solidaire, une charge de travail supplémentaire est à prévoir pour les CRA.

La mise en place de remise de dettes pour le régime agricole aura un impact limité pour traiter les demandes de remises d'indus.

Enfin, la simplification du système de financement permettrait une facilitation de la gestion des CPAM, pour lesquelles l'acte de facturation aux organismes complémentaires disparaît totalement au profit de la gestion unique du tiers payant intégral. Par ailleurs, les montants déductibles de la TSA seront réduits, tout comme l'impact financier des contrôles à réaliser par les URSSAF. Le périmètre des contrôles effectués par les URSSAF sera ainsi réduit. Cette mesure éviterait également une transformation des SI, pour un coût évalué à 1,3 M€, nécessaire à la fiabilisation des données sur les organismes complémentaires lors de la facturation.

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

Les mesures seront gérées dans le cadre des moyens existants, sauf la mesure de simplification des circuits de financement qui permettrait de supprimer 30 ETP dédiés au recouvrement des sommes dues par les organismes complémentaires.

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

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

Pour la résiliation en cours de droit de la complémentaire santé solidaire, un décret sera nécessaire pour préciser les modalités d'application de cette mesure.

Enfin, concernant la simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire un décret simple devra être pris pour préciser les modalités d'application, en concertation avec les organismes complémentaires.

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 de facilitation de l'attribution de la complémentaire santé solidaire pour les allocataires de l'ASPA s'appliquera au 1^{er} avril 2022.

La mesure d'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA s'appliquera au 1^{er} janvier 2022 pour les demandes de RSA réalisées via le téléservice et au plus tard au 1^{er} janvier 2023 pour les demandes réalisées via le formulaire papier.

La mesure de résiliation en cours de droits de la complémentaire santé solidaire rentrera en application à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023 afin de laisser un délai de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale et les organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire.

L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire pourra être appliquée dès le 1^{er} janvier 2022, ainsi que la possibilité de remettre des indus pour les assurés en situation de précarité à la MSA.

La simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire s'appliquera à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023 (sera déterminé prochainement si l'entrée en vigueur de ces mesures de simplification peut être envisagée au 1^{er} janvier 2022 ou si la date du 1^{er} janvier 2023 doit in fine être retenue).

Les nouvelles modalités de prises en charge des frais de santé des enfants de mères écrouées séjournant auprès d'elle s'appliqueront à compter du 1^{er} juillet 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés de l'ensemble des mesures d'amélioration de l'accès à la complémentaire santé solidaire sur le site gouvernemental dédié à ce dispositif et grâce au site Ameli. Le formulaire de demandes de RSA visera à mieux informer les assurés de la présomption de droit à la complémentaire santé solidaire dont ils bénéficient. Les publics allocataires de minima sociaux visés par les différentes mesures pourront faire l'objet de campagnes d'information (mails, courriers) en vue de renforcer encore plus l'accès aux soins de telles populations.

Outre la publication sur le site de la complémentaire santé solidaire et le site Ameli, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire seront informés de la possibilité de résilier leur contrat grâce à un rappel de la faculté de résiliation sur chaque bulletin d'adhésion et de notification d'éligibilité du dispositif envoyée par les caisses.

d) Suivi de la mise en œuvre

Concernant la résiliation en cours de droit de la complémentaire santé solidaire, il sera réalisé une enquête auprès des organismes complémentaires pour obtenir, après un an de mise en place, le nombre de bénéficiaires ayant résilié leur contrat. Les caisses d'assurance maladie pourront également réaliser un suivi des demandes de résiliation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 142-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 142-3 modifié du code de la sécurité sociale
Le contentieux de l'admission à l'aide sociale relevant du présent code comprend les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L. 861-5.	Le contentieux de l'admission à l'aide sociale relevant du présent code comprend les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L. 861-5 relatives aux bénéficiaires de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 en application 861-1 du chapitre 1^{er} du titre VI du Livre VIII.
Article L 381-30 actuel du code de la sécurité sociale	Article L 381-30 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, lorsque les personnes écrouées bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5 et 6 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité.</p> <p>L'article L. 115-6 du présent code n'est pas applicable aux personnes écrouées mentionnées au premier alinéa du présent article.</p> <p>Une participation peut être demandée, lorsqu'elles disposent de ressources suffisantes, aux personnes écrouées assurées en vertu du même premier alinéa.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou. Pendant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée, les enfants nés au cours de la détention bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les mêmes conditions.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, lorsque les personnes écrouées bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5 et 6 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité.</p> <p>L'article L. 115-6 du présent code n'est pas applicable aux personnes écrouées mentionnées au premier alinéa du présent article.</p> <p>Une participation peut être demandée, lorsqu'elles disposent de ressources suffisantes, aux personnes écrouées assurées en vertu du même premier alinéa.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L 381-30-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L 381-30-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les personnes écrouées mentionnées au premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient de la dispense d'avance des frais et de la prise en charge par le régime général de la part garantie par ce régime, de la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4.</p> <p>Les personnes écrouées titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont elles relevaient avant leur mise sous écrou bénéficient du maintien de son versement durant leur mise sous écrou. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès mentionné à l'article L. 361-1.</p> <p>Les personnes écrouées de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour elles-mêmes de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité.</p>	<p>Les personnes écrouées mentionnées ainsi que les enfants nés au cours de la détention de leur mère et séjournant auprès de leur mère écrouée mentionnés au premier alinéa de l'article L. 381-30 bénéficient de la dispense d'avance des frais et de la prise en charge par le régime général de la part garantie par ce régime, de la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4.</p> <p>Les personnes écrouées titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont elles relevaient avant leur mise sous écrou bénéficient du maintien de son versement durant leur mise sous écrou. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès mentionné à l'article L. 361-1.</p> <p>Les personnes écrouées de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour elles-mêmes de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité.</p>

Article L. 861-2 actuel du code de la Sécurité sociale	Article L. 861-2 modifié du code de la Sécurité sociale
<p>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.</p> <p>Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 1° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active.</p>	<p>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.</p> <p>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 selon des modalités déterminées par décret.</p> <p>Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence et dans des conditions déterminées par décret.</p>
Article L. 861-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 861-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.</p> <p>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, 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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable. 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 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 au titre de l'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par la caisse de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées.</p> <p>Ce droit peut être résilié à tout moment, sans frais, par le demandeur. La demande de résiliation 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 résiliation. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à une résiliation 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, 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.</p>
<p>Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale modifié</p>
<p>Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires</p>	<p>Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés</p>

<p>mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.</p> <p>Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.</p> <p>Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.</p>	<p>aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.</p> <p>Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>a) Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au a de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ou des mêmes dépenses réalisées par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 et des organismes concernés pour la prise en charge de leur frais de santé ;</p> <p>b) Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 des mêmes sommes lorsqu'elles ne sont pas réalisées par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 ;</p> <p>c) Des sommes résultant de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 réalisées par le biais du tiers-payant pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 et du régime général pour la prise en charge de leur frais de santé. » ;</p> <p>Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.</p> <p>Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.</p>
<p align="center">Article <u>L. 862-7</u> actuel du code de la sécurité social</p>	<p align="center">Article <u>L. 862-7</u> du code de la sécurité social modifié</p>
<p>Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :</p> <p>a) (Abrogé) ;</p> <p>b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;</p> <p>c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises, aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; ils communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application</p>	<p>Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :</p> <p>a) (Abrogé) ;</p> <p>b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;</p> <p>c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises, aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; ils communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de</p>

<p>du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;</p> <p>d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4, ainsi que le montant des participations susmentionnées ;</p> <p>e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution transmet chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au l de l'article L. 862-4.</p> <p>Sur cette base, le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au l de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.</p> <p>Ce rapport est remis avant le 31 décembre au Parlement. Il est rendu public. Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée.</p>	<p>l'article L. 861-1, ainsi que l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;</p> <p>d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4, ainsi que le montant des participations susmentionnées. Les organismes assurant la prise en charge des frais de santé informent les organismes gestionnaires mentionnés au b de l'article L. 861-4 des dépenses qu'elles prennent en charge directement par le biais du tiers-payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 pour les assurés relevant de ces organismes gestionnaires ;</p> <p>e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution transmet chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au l de l'article L. 862-4.</p> <p>Sur cette base, le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au l de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.</p> <p>Ce rapport est remis avant le 31 décembre au Parlement. Il est rendu public. Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée.</p>
<p align="center">Article L.725-3-1 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L.725-3-1 du code rural et de la pêche maritime modifié</p>
<p>Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à dixième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de ce même article.</p>	<p>Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à dixième alinéas de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de ce même article.</p> <p>En cas de précarité de la situation des bénéficiaires, les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent réduire les créances résultant de sommes indûment versées dans les conditions prévues à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale.</p>

Article 46 – Prolongation des dispositifs d'assurance maladie relatifs à la crise sanitaire

I. Présentation de la mesure

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

Depuis l'apparition du virus SARS-CoV-2 sur le territoire national, de nombreuses mesures ont été mises en œuvre pour stopper les chaînes de transmission, protéger les plus vulnérables à la COVID-19 et favoriser la prise en charge des soins des personnes malades en adaptant les conditions de prise en charge des frais de santé ou en assouplissant les conditions d'indemnisation des arrêts de travail.

Pour l'année 2020 et l'année 2021, des mesures de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie obligatoire de divers frais liés à ces mesures de gestion de la crise sanitaire ont notamment été prises par décrets, en application de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale instauré par la loi de financement de la sécurité sociale de 2019 ainsi qu'en application de l'article L1226-1-1 du code du travail modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. En cas de crise sanitaire grave et exceptionnelle, ce dispositif prévoit depuis 2019 la possibilité de déroger aux dispositions de droit commun pour le remboursement des frais de santé et la délivrance des prestations en espèces par les caisses d'assurance maladie. Il est sans effet en dehors du périmètre des dépenses prises en charge par la sécurité sociale, et notamment sur les mesures applicables à la gestion d'une crise sanitaire (isolement, encadrement de certaines activités, etc.).

De nombreux décrets (onze en 2020 et sept depuis le début de l'année 2021,) ont ainsi été pris sur le fondement de cet article afin d'indemniser dans des conditions exceptionnelles les salariés contraints de rester chez eux et de prendre en charge intégralement certaines prestations nécessaires du fait du confinement ou notamment pour assurer l'efficacité de la stratégie de dépistage. Les principales dérogations suivantes ont ainsi été prises en 2020 et 2021 :

- Des indemnités journalières et des indemnités complémentaires de l'employeur dérogatoires, sans vérification des conditions habituelles d'ouverture de droit, sans application d'une quelconque carence et sans prise en compte dans les durées maximales de versement des IJ ont été versées aux assurés ne pouvant pas télétravailler identifiés comme « cas contact à risque de contamination », diagnostiqués positifs à la Covid-19, présentant les symptômes de la Covid-19 dans l'attente de la réalisation d'un test de dépistage, placés en quarantaine ou contraints de s'isoler à leur retour d'un pays à risque ou arrivant en outre-mer, contraints de garder à domicile leur enfant âgé de moins de 16 ans ou handicapé, ou aux assurés vulnérables à la Covid-19.
- Des prises en charge intégrales par l'assurance-maladie obligatoire de certains frais de santé ont été prévues : pour les tests de détection du génome du SARS-CoV-2, sans condition de prescription préalable, les injections et consultations liées à la vaccination, les transports vers les centres de vaccinations pour les assurés ne pouvant se déplacer seuls. Différentes consultations liées à la Covid-19 ont été instaurées ou facilitées, par une prise en charge intégrale par l'assurance-maladie ou par un assouplissement des conditions de prises en charge conventionnelles (téléconsultations, consultation de prévention, consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique réalisée à la suite d'un dépistage positif au SARS-CoV-2, consultation de recensement et de contact des personnes ayant été en contact avec un malade en dehors des personnes vivant à son domicile).

Ces dérogations ne pouvant être prises pour une durée supérieure à un an, conformément aux dispositions de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a, pour l'année 2021, autorisé le Gouvernement à prévoir par décret, au-delà du 31 décembre 2020 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces, dérogatoires au droit commun.

Dans le souci de prévenir au mieux toute évolution préoccupante de la situation sanitaire, il apparaît nécessaire de permettre une nouvelle fois au Gouvernement de prolonger la possibilité de déroger au droit commun au-delà du 31 décembre 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022. Cette possibilité permettra au Gouvernement d'adapter rapidement les mesures de prises en charge en fonction de l'évolution de la situation.

En outre, la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid-19 a montré la nécessaire adaptation du droit en matière de couverture maladie des différents assurés sociaux quel que soit le régime auquel ils sont affiliés. C'est également le cas s'agissant des agents publics civils et militaires et des salariés relevant d'un régime spécial d'assurance maladie. Ces personnels connaissent, du fait des règles spécifiques qui s'appliquent à eux, un délai de carence d'un jour en cas de congé de maladie prévu par l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018. Au cours de la crise sanitaire, ce délai de carence a été suspendu de manière exceptionnelle par le législateur. Pour les assurés du régime général, les dispositions de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale permettent une adaptation rapide et large des règles de ce régime.

Pour les agents et salariés visés à l'article 115 de la loi de finances pour 2018, seul le délai de carence prévu à cet article a été suspendu alors même qu'il aurait pu être opportun de déroger également aux modalités de versement du traitement, de la rémunération ou des prestations en espèce visant le même objectif de couverture neutre des droits à congé de maladie. Si l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale a été modifié par l'article 76 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, cette modification limitée à l'insertion des assurés relevant d'un régime spécial prévu à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale ne permet pas d'atteindre pleinement l'objectif dès lors qu'elle n'est pas applicable aux autres agents cités à l'article 115 de la loi de finances pour 2018 mais qui ne sont pas pour autant assurés d'un régime spécial. En effet, certains des agents publics relèvent à la fois du régime général de sécurité sociale et de dispositions « statutaires ». Il s'agit essentiellement des agents contractuels de droit public et des fonctionnaires travaillant à temps incomplet de moins de 28 heures hebdomadaires. Ces agents ont bénéficié durant la crise sanitaire au titre de leur rattachement au régime général d'indemnités journalières dérogatoires

en application des dispositions de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale (pour garde d'enfants, en tant que cas contact ou personne vulnérable notamment). Toutefois, ces personnels connaissent deux dispositions de carence en cas d'arrêt de travail (sachant que l'employeur public verse le différentiel entre l'indemnité journalière et le maintien de la rémunération, la carence prévue par la LFI pour 2018 étant applicable à ce différentiel), à savoir : le délai de carence prévu par le régime général d'assurance maladie auquel l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale permet de déroger en cas de crise sanitaire et le délai de carence prévu par l'article 115 de la loi de finances pour 2018 qui pourrait être écarté par le même article L. 16-10-1 mais ne trouve pas à s'appliquer à ces personnels car ils ne sont pas des assurés d'un régime spécial.

Il apparaît ainsi nécessaire de sécuriser cette dérogation au délai de carence à l'égard de l'ensemble des populations concernées, notamment des agents contractuels et des agents travaillant à temps incomplet de moins de 28 heures hebdomadaires.

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

a) Mesure proposée

Il s'agit de prolonger jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022, des mesures déjà prises par décret en application de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, par le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 prévoyant l'application de dérogations relatives au bénéfice des indemnités journalières ainsi qu'aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19. Ces prolongations pourront porter notamment sur :

- les conditions dérogatoires d'indemnisation par la sécurité sociale et les employeurs des assurés contraints de s'isoler sans pouvoir poursuivre leur activité professionnelle à distance. Pour les indemnités journalières, il s'agira de prévoir des dérogations aux conditions d'ouverture de droits, au délai de carence, ainsi qu'aux durées maximales de versements de ces indemnités journalières. Pour le complément employeur, les dérogations pourraient notamment porter comme en 2020-2021 sur le motif d'absence, les conditions d'ancienneté (le complément employeur est conditionné en application de la loi de mensualisation de 1978 à une ancienneté minimale dans l'entreprise d'un an) et sur les secteurs d'activité ouvrant droit à indemnisation (certains types et secteurs d'activité, comme les salariés intermittents, les travailleurs à domicile ou les salariés de particuliers employeurs n'y ont en effet pas accès dans les conditions de droit commun), les durées maximales de versement ainsi que le délai de carence (de sept jours pour le complément employeur). Ces dérogations garantiront l'efficacité de l'isolement des assurés, dans des cas de figure à définir par décret (malades de la Covid, cas contact, garde d'enfants).
- les conditions dérogatoires de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de certains frais de santé : ces dérogations permettraient de prévoir des exonérations de ticket modérateur et le cas échéant de participation forfaitaire ou de franchise, et donc une prise en charge intégrale par l'assurance-maladie afin de faciliter notamment en tant que de besoin l'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 ainsi que la vaccination contre la COVID-19 (consultations et injections). Cette prise en charge pourra être assortie d'une obligation de dispense d'avance de frais.

Le Gouvernement est habilité par ordonnance à pouvoir rétablir, adapter ou compléter ces mesures, si des modifications plus substantielles, de rang législatif, doivent être apportées au dispositif de gestion de la crise sanitaire. Un délai de rétroactivité d'un mois sera prévu afin de conserver la réactivité nécessaire pour la mise en œuvre de ces mesures.

Comme en 2021 et afin de pouvoir mettre en œuvre rapidement ces mesures, les ordonnances et les décrets relatifs à ces mesures dérogatoires seront dispensés des consultations préalables normalement obligatoires des caisses nationales de sécurité sociale, dont les conseils d'administration seront toutefois informés en amont de la publication de ces mesures.

S'agissant des contractuels de droit public et des fonctionnaires travaillant à temps incomplet de moins de 28 heures hebdomadaire, il est proposé de modifier à nouveau le 9° de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale afin d'y intégrer pleinement l'ensemble des agents publics et salariés relevant d'un régime spécial. Les dérogations futures pourront concerner tant le délai de carence que les règles relatives aux conditions d'affiliation au risque ou encore les règles de calcul et de prises en compte des prestations en espèce garantissant ainsi un traitement identique des assurés indépendamment du régime d'assurance ou du statut dont ils dépendent.

b) Autres options possibles

L'absence de possibilité de mettre en œuvre des dispositifs dérogatoires de prise en charge des frais de santé ou de versement de prestations en espèces pourrait nécessiter l'adoption de modifications par la loi, en urgence, avec une moindre réactivité, ce qui pourrait compliquer la lutte contre l'épidémie.

3. 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 base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure implique de modifier l'article L. 16-10-1 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 directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

En raison des incertitudes sur l'évolution de la contagiosité et de la virulence de la COVID, il est difficile d'estimer l'impact financier des mesures de régularisation et de prolongation des dispositifs relatifs à la crise sanitaire.

S'agissant du recours aux indemnités journalières, à titre d'illustration, 1,6 Md€ d'IJ dérogatoires ont été versées en 2020 pour le régime général, travailleurs indépendants inclus. Les principaux motifs ayant donné lieu à des indemnités dérogatoires sont les suivants :

- Les gardes d'enfants, pour 960M€, essentiellement au printemps 2020 (avec à compter du 1^{er} mai 2020 une bascule en activité partielle pour ce motif, les dépenses d'IJ ne demeurant que pour les personnes n'étant pas salariées de droit privé, comme les travailleurs indépendants) ;
- Les indemnités journalières versées aux professions de santé et aux professions libérales, qui n'en disposaient pas à ce stade, pour environ 300M€ ;
- Les personnes vulnérables, pour 200M€ (là encore essentiellement au printemps 2020, avant la bascule en activité partielle des salariés dans cette situation à compter du 1^{er} mai) ;
- Les cas contact, pour 93M€ ;

S'agissant des frais de santé, de nombreux surcoûts pour l'assurance-maladie obligatoire ont également été constatés en 2020 :

- La prise en charge à 100% des téléconsultations et télésoins en 2020 pour environ 100M€ ;
- La prise en charge à 100% des tests PCR et antigéniques : une dépense totale d'environ 2,6 Md€ pour l'assurance maladie obligatoire a été constatée en 2020, ce qui correspond à 530M€ de surcoûts liés à la prise en charge intégrale.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					

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

a) Impacts économiques

La mesure relative au complément employeur aura un impact sur les entreprises lorsqu'elle sera mise en œuvre en cas de crise sanitaire, en fonction des adaptations des conditions de délivrance du complément employeur qui seront contenues dans le décret prévu.

b) Impacts sociaux

Le dispositif permet de lever les éventuels freins financiers à l'accès aux soins afin de limiter les conséquences sur l'état de santé des assurés. A ce titre, il est protecteur non seulement des assurés et salariés aux revenus les plus modestes qui pourraient être découragés de recourir aux actes médicaux nécessaires de peur d'avoir à assumer un reste à charge potentiellement important, mais également de l'ensemble de la population et notamment des personnes dont l'état de santé est fragile qui sont les plus directement susceptibles de souffrir du risque de contamination dans le cas d'une épidémie. Il permet également de protéger les assurés actifs d'une perte de ces revenus en cas d'arrêt de travail lié à l'épidémie.

c) Impact sur les jeunes

Ce dispositif améliore les modalités de prises en charge des personnes disposant de faibles revenus, notamment parmi les jeunes.

d) Impact sur les personnes en situation de handicap

Certaines mesures prises dans le cadre de l'adaptation de ce dispositif dérogatoire peuvent permettre aux populations les plus précaires et fragiles d'avoir accès aux soins.

e) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Les dispositions du présent article s'appliqueront aux femmes comme aux hommes, en matière de prise en charge des frais de santé comme pour le bénéfice d'indemnités journalières dérogatoires.

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

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

Les crises sanitaires peuvent par ailleurs conduire les caisses de sécurité sociale à faire évoluer les démarches des assurés, comme avec la mise en place de téléservice pendant l'épidémie de Covid-19, afin de faciliter la prise en charge. Ces dispositifs dérogatoires se sont ainsi traduits par une simplification des démarches pour les assurés afin de faciliter l'accès aux soins.

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

En fonction des dispositifs dérogatoires mis en œuvre, les systèmes d'informations des caisses doivent être adaptés ou créés dans des délais contraints afin que les caisses soient en capacité de gérer l'afflux de nouvelles demandes. Cependant certains dispositifs ne nécessitent aucune modification majeure des systèmes d'information et les outils informatiques connaissent simplement une mise à jour. Ces modifications des systèmes d'information sont toutefois difficiles à anticiper et dépendent des mesures dérogatoires mises en œuvre.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire. La modification des dispositifs dérogatoires se fera par ordonnance lorsqu'elles ont un niveau législatif, par décret dans les autres cas.

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

Ce dispositif devra être effectif au 1^{er} janvier 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

En cas de mise en œuvre de mesures dérogatoires prises en application du dispositif objet de la présente mesure, les assurés seront informés par une communication gouvernementale (campagne de communication, diffusion d'information via la presse grand public, mise en ligne des informations sur les sites internet du Gouvernement et des ministères concernés). Ils seront également informés par leur caisse d'assurance maladie. Cette information pourra également être relayée par les préfetures et les agences régionales de santé si l'échelon d'organisation s'y prête.

d) Suivi de la mise en œuvre

Chaque prise en charge exceptionnelle fera l'objet d'un suivi par les organismes chargés de la mise en place du dispositif et par la CNAM en cas de coordination du dispositif pour plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L16-10-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L16-10-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des règles relatives à l'amélioration des conditions pour le bénéficiaire des prestations en espèce, dérogatoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.</p> <p>Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur :</p> <p>1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de l'article L. 160-13 ;</p> <p>2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;</p> <p>3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>5° Certaines conditions dans lesquelles est limitée à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ;</p> <p>6° La prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé qui ne relèvent pas de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie ou la maternité au titre des articles L. 160-8 et L. 160-9 ;</p> <p>7° Les conditions et la période d'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnées à l'article L. 861-5 du présent code, à l'aide médicale de l'Etat mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles et aux soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du même code ;</p> <p>8° La condition de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité prévue à l'article L. 160-1 du présent code ;</p> <p>9° Les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congés pour raisons de santé pour les</p>	<p>Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des règles relatives à l'amélioration des conditions pour le bénéficiaire des prestations en espèce, dérogatoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.</p> <p>Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur :</p> <p>1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de l'article L. 160-13 ;</p> <p>2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;</p> <p>3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>5° Certaines conditions dans lesquelles est limitée à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ;</p> <p>6° La prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé qui ne relèvent pas de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie ou la maternité au titre des articles L. 160-8 et L. 160-9 ;</p> <p>7° Les conditions et la période d'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnées à l'article L. 861-5 du présent code, à l'aide médicale de l'Etat mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles et aux soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du même code ;</p> <p>8° La condition de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité prévue à l'article L. 160-1 du présent code ;</p> <p>9° Les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congés pour raisons de santé pour les</p>

<p>assurés relevant d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 s'agissant :</p> <p>a) Des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1, L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8 et L. 361-1 ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires ;</p> <p>b) Du délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;</p> <p>c) De la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;</p> <p>d) Des conditions d'attribution de l'allocation de remplacement prévue à l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime. Le montant de l'allocation de remplacement versée en raison des motifs mentionnés au premier alinéa du présent article est fixé par décret ;</p> <p>10° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code et au premier alinéa des articles L. 751-26 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime pour les accidents du travail ;</p> <p>11° Le délai dans lequel le recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 du présent code doit être formé ainsi que les délais relatifs aux conditions d'examen de ce recours, les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement.</p> <p>Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque et pour les personnes exposées de manière directe ou indirecte à ce risque.</p> <p>Le décret mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les personnes concernées, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge. Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.</p> <p>Le décret pris sur le fondement du présent article est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article.</p>	<p>assurés relevant d'un régime, mentionné à l'article L. 711-1 s'agissant : pendant les périodes de congés pour raisons de santé dont bénéficient, d'une part, les assurés relevant d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 et, d'autre part, les assurés du régime général ne bénéficiant pas de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, s'agissant :</p> <p>a) Des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1, L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8 et L. 361-1 ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires ;</p> <p>b) Du délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;</p> <p>c) De la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ;</p> <p>d) Des conditions d'attribution de l'allocation de remplacement prévue à l'article L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime. Le montant de l'allocation de remplacement versée en raison des motifs mentionnés au premier alinéa du présent article est fixé par décret ;</p> <p>10° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code et au premier alinéa des articles L. 751-26 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime pour les accidents du travail ;</p> <p>11° Le délai dans lequel le recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 du présent code doit être formé ainsi que les délais relatifs aux conditions d'examen de ce recours, les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement.</p> <p>Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque et pour les personnes exposées de manière directe ou indirecte à ce risque.</p> <p>Le décret mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les personnes concernées, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge. Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.</p> <p>Le décret pris sur le fondement du présent article est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article.</p>
--	--

Article 47 – Modernisation de la délivrance des prestations en espèces pour tenir compte des enseignements de la crise sanitaire

I. Présentation de la mesure

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

• **Amélioration de l'indemnisation des arrêts maladie et maternité des travailleurs indépendants**

La crise sanitaire et économique a réduit les revenus d'activité 2020 des travailleurs indépendants. Or ces revenus conditionnent l'accès aux indemnités journalières (IJ) ainsi que le cas échéant le montant de celles-ci. En effet, les IJ sont calculées en tenant compte des revenus perçus au cours des trois années civiles précédant l'arrêt maladie ou le congé de maternité.

La crise a donc potentiellement un effet important sur l'accès des indépendants aux indemnités journalières :

- Pour la maternité : pour les micro-entrepreneurs qui n'ont pas de cotisation minimale, si la moyenne des revenus des 3 dernières années, y compris 2020, est inférieure au seuil de contributivité fixé à 10% du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), ils ne bénéficieront pas d'une IJ de 56 € par jour et d'une allocation forfaitaire de 3428 €, mais d'une IJ de 5,6 € par jour et d'une allocation de 343 €.
- Pour la maladie : pour les micro-entrepreneurs, qui n'ont pas de cotisation minimale, l'IJ maladie sera nulle en cas de non-atteinte du seuil de contributivité en moyenne sur les trois dernières années ; pour les indépendants classiques ce seuil sera atteint du fait des cotisations minimales mais l'IJ étant calculée de façon proportionnelle en fonction des revenus des trois dernières années (1/730e du revenu d'activité annuel moyen pris en compte dans la limite du PASS de l'année de l'arrêt), une mauvaise année 2020, notamment pour les secteurs fermés (restauration, culture, etc.), conduira à baisser fortement le niveau de l'IJ, qui ne pourra toutefois pas être inférieure à l'IJ minimale fixée à 22,5 € par jour.

De plus et en application des mesures visant à aider les travailleurs indépendants subissant des difficultés économiques du fait de la crise sanitaire, les micro-entrepreneurs relevant des secteurs S1, S1bis et S2 ont pu bénéficier de déductions correspondant au montant de leur chiffre d'affaires réalisé durant les périodes d'interdiction d'accueil du public conformément à l'article 65 de loi de finances rectificative pour 2020 et l'article 9 de la LFSS pour 2021.

Pour pouvoir en bénéficier, les micro-entrepreneurs éligibles ont été invités par l'URSSAF à réaliser eux-mêmes cette déduction à l'occasion de leur déclaration de chiffre d'affaires mensuelle ou trimestrielle sur le site autoentrepreneur.urssaf.fr. Par conséquent, les URSSAF ne connaissent pas le chiffre d'affaires annuel réel de ces micro-entrepreneurs (avant l'application de cette déduction) et calculent les indemnités journalières de ces travailleurs indépendants à partir de revenus tronqués et non à partir de revenus réels. Il en est de même pour les informations transmises aux caisses de sécurité sociale en matière de droits vieillesse et d'invalidité décès.

Ainsi, compte tenu de l'impact de la crise sanitaire sur de nombreux secteurs d'activité et au vu des modalités de calcul des indemnités journalières de sécurité sociale versées aux travailleurs indépendants, il est apparu nécessaire d'instaurer des mécanismes de protection afin de limiter les effets d'une érosion de leurs revenus en 2020 sur leur couverture sociale. En effet, ces revenus 2020 sont pris en compte pour l'examen du seuil de contributivité maladie et maternité ainsi que pour le calcul de ces indemnités journalières au titre d'arrêts de travail ou de congés débutant en 2021 mais aussi en 2022 et 2023. Il a donc été prévu, par décret pris en application de l'article 4 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, la mise en place d'un mécanisme permettant de neutraliser, si cela lui est favorable, les revenus de l'année 2020 du travailleur indépendant pour le calcul des indemnités journalières maladie ou maternité de l'année 2021. Il est envisagé de reconduire ce mécanisme en 2022, les indemnités journalières 2022 étant également normalement calculées en tenant compte des revenus de l'année 2020.

Par ailleurs, la réglementation actuelle ne permet pas de verser des indemnités journalières maladie au titre d'une activité indépendante en cumul emploi-retraite pour des assurés qui bénéficient déjà d'une pension de retraite au titre de leur ancienne activité indépendante. Cette règle n'est pas cohérente avec celle applicable aux salariés, qui peuvent bénéficier d'indemnité journalière maladie pendant leur cumul emploi-retraite dans la limite de 60 jours. Pour les professions libérales, leur régime d'indemnités journalières maladie qui est mis en place à compter du 1er juillet 2021 prévoit la possibilité de percevoir des indemnités pendant un cumul emploi-retraite. La durée de versement de ces indemnités est limitée à 90 jours consécutifs, ce qui permet d'éviter le maintien du versement des indemnités journalières de ces assurés pendant une durée très longue sans aucune reprise d'activité, mais cette durée demeure plus élevée que celle des salariés sans raison objective.

Enfin, la législation actuelle permet aux assurés, et notamment aux chômeurs indemnisés, qui reprennent une activité professionnelle insuffisante pour ouvrir de nouveaux droits aux indemnités journalières de bénéficier d'un maintien de droit à leurs indemnités journalières calculées en fonction de leur situation antérieure au début de l'indemnisation chômage pendant une durée d'un an. En revanche, ce maintien de droits ne s'applique pas lorsque la nouvelle activité professionnelle indépendante leur permet de satisfaire les conditions d'ouverture de droit à de nouvelles indemnités journalières mais que les modalités de calcul des indemnités journalières conduisent à calculer une indemnité nulle, ou pour l'indemnisation du congé maternité, à bénéficier de l'indemnité journalière minimale de 5,6€ par jour. C'est notamment le cas de certains micro-entrepreneurs, lorsque leurs revenus moyens des trois dernières années sont inférieurs au seuil de 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Les praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées relèvent aujourd'hui d'un régime particulier en cas de difficulté médicale liée à la grossesse, en application des dispositions de l'article L. 646-5 du code de la sécurité sociale. Il est

caractérisé par sa longueur particulière au regard des autres régimes, longueur qui avait pour but de compenser l'absence d'indemnités journalières maladie. Or à compter du 1^{er} juillet 2021 ont été mises en place des indemnités journalières maladie pour les professions libérales. Cette période d'arrêt se distingue également par des montants versés majoritairement inférieurs à ceux dont ces professionnelles de santé bénéficient aujourd'hui en application du nouveau régime d'indemnités journalières maladie des professions libérales. Une mesure législative est donc nécessaire pour supprimer les indemnités journalières spécifiques des PAMC en cas de difficulté médicale liée à la grossesse afin de les faire bénéficier pleinement des indemnités journalières maladie pendant cette période.

• Poursuite de la mise en œuvre de la réforme du congé de paternité et d'accueil de l'enfant

L'article 73 de la LFSS pour 2021 allonge, à compter du 1^{er} juillet 2021, la durée du congé paternité indemnisé par la sécurité sociale pour les salariés de 11 jours à 25 jours pour les naissances simples et de 18 jours à 32 jours pour les naissances multiples. Certaines catégories professionnelles sont toutefois encore exclues du bénéfice de cet allongement, à savoir les collaborateurs des professions libérales.

S'agissant du congé d'adoption, l'article 73 de la LFSS 2021 a calqué la durée du congé d'adoption pour des salariés accueillant leur premier ou deuxième enfant sur le congé maternité, à savoir une extension à seize semaines, contre dix semaines précédemment, afin d'accueillir l'enfant adopté dans les meilleures conditions. Il est nécessaire de prévoir l'application de cet allongement de la durée du congé d'adoption aux collaborateurs de professionnels libéraux.

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

a) Mesure proposée

• Amélioration de l'indemnisation des arrêts maladie et maternité des travailleurs indépendants

Pour procéder à la liquidation des indemnités journalières et plus généralement des prestations en espèces des travailleurs indépendants, il apparaît indispensable que les caisses de sécurité sociale disposent d'une vision exacte des revenus perçus par ces travailleurs en 2020 et 2021. Il est proposé que des échanges d'information soient créés entre les services fiscaux et l'ACOSS afin que les URSSAF puissent calculer les indemnités journalières des micro-entrepreneurs sur la base de leurs revenus réels et transmettre cette information aux autres caisses de sécurité sociale pour le calcul de leurs droits vieillesse et invalidité décès. Ces échanges porteraient sur la transmission du chiffre d'affaires déclaré par le micro-entrepreneur dans le cadre de sa déclaration fiscale réalisée en 2021 et 2022 au titre des revenus de l'année 2020 et 2021. En effet, comme ces revenus n'ont pas fait l'objet d'une exonération fiscale, les micro-entrepreneurs éligibles ont été amenés à déclarer leur chiffre d'affaires réel et non déduit. Cette transmission d'information comportera également des données sur l'identification de ces micro-entrepreneurs afin de sécuriser les échanges.

Ces revenus 2020 étant alors connus, il s'agira ensuite de neutraliser la baisse de ces revenus pour le calcul des indemnités journalières. Les revenus 2020 des travailleurs indépendants pourront être neutralisés pour le calcul des indemnités journalières maladie et maternité lorsque cela est plus favorable aux assurés. Il s'agira de retenir, pour les arrêts de travail ou les congés de maternité débutant en 2022, le montant d'indemnité journalière le plus favorable à l'assuré entre le montant de l'indemnité journalière calculé en excluant les revenus 2020 et le montant de l'indemnité journalière calculé sur la base du revenu d'activité annuel moyen des trois années incluant les revenus de l'année 2020.

Les conditions d'accès aux indemnités journalières des travailleurs indépendants seront assouplies en cas de cumul emploi-retraite, afin de permettre un cumul pendant soixante jours, alors qu'aucun cumul ne leur est autorisé à ce stade. Cette durée maximale de cumul s'appliquera également aux professions libérales, qui ne peuvent pas à ce stade toucher des indemnités journalières pendant plus de 90 jours dans cette situation.

Le maintien des droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité-invalidité-décès sera ouvert aux assurés et notamment chômeurs indemnisés qui reprennent une activité professionnelle indépendante et s'ouvrent de nouveaux droits aux indemnités journalières mais dont l'indemnité est nulle (maladie) ou faible (au titre de l'assurance maternité, lorsque l'indemnité due aux travailleuses indépendantes est l'indemnité minimale c'est-à-dire égale à 5,6 euros).

La suppression du dispositif dérogatoire d'indemnisation des arrêts de travail en cas de difficulté médicale liée à la grossesse des PAMC est cohérent avec l'entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2021 du régime des indemnités journalières des professions libérales. Il est donc proposé un alignement sur le régime des travailleuses indépendantes et des professions libérales. En conséquence, l'assurée PAMC percevra :

- D'abord, une indemnité journalière de 56 € pendant 30 jours maximum, au lieu de 15 jours actuellement. Cela représente un gain de 11 euros par jour pour les assurées ayant un arrêt de plus de 15 jours ;
- Puis une IJ maladie du nouveau régime des professions libérales, proportionnelle, jusqu'à son congé maternité.

Le congé de 87 jours maximum en cas de difficultés médicales liées à la grossesse, prévu à l'article L. 646-5 sera supprimé en conséquence, au profit du versement d'indemnités journalières maladie, fixées proportionnellement aux revenus des assurées.

La très grande majorité des assurées seraient gagnantes, car la durée de versement de l'IJ forfaitaire de 56€ serait allongée de deux semaines (alors que les assurées touchaient 45€ par jours auparavant), et qu'elles percevront ensuite le plus souvent une IJ proportionnelle d'un montant supérieur à 45€ par jour, au-delà de cette durée de 30 jours. Ainsi, pour 70% des auxiliaires médicales, 85 % des médecins et dentistes ainsi que 40% des sages-femmes (soit environ 180 000 assurées sur 250 000), l'IJ fournie par le nouveau régime, proportionnelle au revenu, sera supérieure 45 €. Cet alignement conduirait à faire un nombre limité de perdantes potentielles, qui correspondront aux seules assurées

s'arrêtant au-delà de 30 jours et qui auraient des IJ proportionnelles inférieures à 45€ par jour dans le nouveau régime maladie des professions libérales.

• Poursuite de la mise en œuvre de la réforme du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et faciliter le recours au congé d'adoption

Le congé de paternité allongé sera étendu aux conjoints collaborateurs des professionnels libéraux, qui bénéficieront ainsi de 25 jours de congé paternité indemnisé par la sécurité sociale. Il pourra également être prévu, comme pour les autres assurés, un fractionnement de ce congé, en trois périodes d'au moins 5 jours, à l'instar de ce qui a été prévu par le décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif à l'allongement et à l'obligation de prise d'une partie du congé de paternité et d'accueil de l'enfant pour les travailleurs indépendants et les professions libérales.

b) Autres options possibles

3. 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 base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale pour les indemnités journalières maladie. Les dispositions relatives au congé paternité auront un impact sur les dépenses de la branche famille et justifient leur place en loi de financement au même titre.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure implique de modifier les articles L.161-8, L.311-5, L.622-1 et L.663-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L.646-5 du code de la sécurité sociale est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Indemnisation des praticiens et auxiliaires médicaux et des travailleurs indépendants :

- neutralisation des revenus de l'année 2020 pour le calcul des indemnités journalières maladie et maternité 2022 des travailleurs indépendants : il n'est pas possible d'estimer précisément a priori l'impact financier de cette mesure, les indemnités journalières 2022 étant calculées en tenant compte des revenus 2021 des travailleurs indépendants qui ne sont pas encore stabilisés. En supposant une baisse de 25 % des revenus des indépendants durant l'année 2020, il a été estimé que les IJ diminueraient en moyenne de 8% à réglementation constante, pour un montant d'environ 20 M€.
- versement d'IJ aux TI en cas de cumul emploi-retraite autorisé pendant 60 jours au plus : 190 000 travailleurs indépendants étaient en cumul emploi-retraite en 2018. Si on rapporte la part de bénéficiaires d'IJ parmi les cotisants (5,3% pour les travailleurs indépendants), le nombre total de travailleurs indépendants en cumul emploi-retraite bénéficiant d'arrêt de travail devrait s'établir à 10 070 par an. L'IJ moyenne s'élevant à 30€, le coût devrait s'établir à 9M€ pour un versement pendant 30 jours (60 jours n'étant que la durée maximale).
- maintien des droits antérieurs aux IJ pour les chômeurs indemnisés en cas de reprise d'une activité ouvrant droit à de nouvelles IJ mais dont le montant est nul : 110 300 travailleurs indépendants ont vu leur indemnité journalière être fixée à un montant nul sur le 1^{er} semestre 2021. Si 10% d'entre eux bénéficient par ailleurs de droits antérieurs au titre du chômage indemnisé, 22060 assurés par an bénéficieront ainsi de la mesure. Ils toucheront une IJ moyenne à 32€ pendant une durée moyenne de 35 jours, soit un coût de 24 M€. Pour les IJ maternité, 3714 travailleurs indépendantes ont bénéficié d'une indemnité journalière à 5,6€ par jour au 1^{er} semestre 2021. Si 10% peuvent bénéficier d'indemnité journalières au titre du chômage indemnisé, 742 bénéficieront du maintien de droits chaque année, et percevront ainsi une IJ moyenne à 52€ pendant 102 jours en moyenne, soit un coût de 3,8M€.
- suppression des arrêts et indemnités spécifiques des PAMC en cas de difficultés médicales liées à la grossesse : au titre des grossesses déclarées en 2019, 5033 PAMC ont bénéficié du congé pathologique maternité indemnisé à hauteur de 56€ par jour pendant 14 jours en moyenne (soit un coût total d'environ 4 M€) et 4220 PAMC ont bénéficié du congé maladie en cas de difficultés liées à la grossesse indemnisé à hauteur de 45€ par jour pendant 49 jours en moyenne (soit un coût total de 9,4 M€). L'allongement de la durée de versement de l'indemnité forfaitaire de 56€ pendant 14 jours supplémentaire se traduit par un coût de 0,6M€ pour la sécurité sociale, pour 4220 assurées, avec un gain moyen de 144€ par assurée. Au bout des 30 jours de versement de l'IJ de 56€, les assurés bénéficieront des IJ maladie du nouveau régime des professions libérales. Cela se traduit par un coût de 6,7 M€ pour la sécurité sociale, car 3600 assurées bénéficieront d'une IJ moyenne à 90€ contre 45€ aujourd'hui.

Congé de paternité et congé d'adoption :

On recense mi-2019 près de 500 000 hommes professionnels libéraux en exercice. En faisant l'hypothèse que les collaborateurs libéraux représentent environ 30 % de ces effectifs (comme observé par exemple sur la profession d'avocat¹), l'impact financier de la mesure, en supposant un taux de recours à 100% au congé de paternité allongé, est évalué à environ 2,5 M€.

¹ [Justice / Portail / Statistiques 2019 sur la profession d'avocat](#)

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre - Maladie					
Neutralisation des revenus 2020 des travailleurs indépendants pour le calcul des IJ maladie et maternité 2022		-20			
Perception d'IJ pendant le cumul emploi retraite pendant 60 jours pour les travailleurs indépendants		-9	-9	-9	-9
Bénéfice du maintien de droits en cas d'IJ nulle ou d'IJ maternité faible pour les travailleurs indépendants		-28	-28	-28	-28
Suppression du congé pathologique spécifique des PAMC		-7,3	-7,3	-7,3	-7,3
- Famille					
Allongement du congé de paternité des collaborateurs de PL		-2,5	-2,5	-2,5	-2,5

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

a) Impacts économiques

La neutralisation des revenus d'activité 2020 des travailleurs pour le calcul de leurs indemnités journalières maladie ou maternité 2022 lorsque cela leur est favorable aura un impact positif sur le niveau de ressources des assurés concernés.

L'assouplissement des conditions d'application du maintien de droits aux prestations en espèces antérieures, pour les assurés qui reprennent une activité professionnelle qui leur ouvre droit à des prestations nulles ou faibles, pourrait contribuer à inciter davantage à la reprise d'une activité professionnelle.

A terme, l'extension du congé paternité aux collaborateurs de professionnels libéraux pourrait favoriser l'activité professionnelle des femmes en incitant les pères à s'investir davantage dans les tâches domestiques et en réduisant l'impact du congé maternité sur la carrière professionnelle des femmes, les pères interrompant également leur activité lors de l'arrivée d'un enfant.

L'alignement des modalités de versement de l'indemnité journalière maternité des PAMC avec celle des travailleuses indépendantes aura également un effet favorable sur les revenus de remplacement.

b) Impacts sociaux

La réforme du congé paternité incite à une plus grande participation aux responsabilités domestiques et familiales des pères en incitant et en permettant leur participation accrue aux premières périodes de la vie de l'enfant et contribue ainsi à l'objectif de développement du lien père / enfant et plus généralement d'égalité entre les femmes et les hommes.

• Impact sur les jeunes

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

L'allongement du congé paternité et son assouplissement poursuivent un objectif de réduction des inégalités entre les hommes et les femmes, à la fois en rééquilibrant l'effet de l'arrivée de l'enfant sur la carrière professionnelle des femmes et des hommes et en augmentant la participation des pères aux tâches parentales et plus largement domestiques.

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

Ces mesures améliorent des droits à indemnisation par l'assurance maladie-maternité-invalidité de différentes catégories d'assurés, sans impact sur les démarches à accomplir pour bénéficier de cette indemnisation.

Pour la transmission du chiffre d'affaires et des recettes des auto entrepreneurs au titre des années 2020 et 2021, par la DGFIP aux URSSAF et CGSS, aucune démarche supplémentaire au cotisant ne sera demandée.

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

Pour la transmission du chiffre d'affaires et des recettes des auto entrepreneurs au titre des années 2020 et 2021, par la DGFIP aux URSSAF et CGSS, un nouvel échange d'information entre ces organismes devra être créé sur la base de ceux qui existent déjà.

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 visant à modifier les articles D.622-2, D.646-1, D.646-3, D.646-4 et à abroger le D. 646-6 du code de la sécurité sociale ;
- Un décret précisera les modalités de neutralisation des revenus 2020 pour les calculs des indemnités journalières 2022.

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

La mesure entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022 pour les dispositions relatives aux indemnités journalières maladie et maternité, ainsi que pour le congé paternité des collaborateurs libéraux.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie informeront les assurés via leur site internet.

Les services fiscaux et organismes de sécurité sociale informeront les cotisants concernés de la création de cet nouvel échange d'informations au titre des années 2020 et 2021.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'allongement du congé paternité est une réforme prioritaire du gouvernement et fait donc l'objet d'indicateurs de suivi resserrés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 161-8 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 161-8 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence et de séjour mentionnées à l'article L. 111-2-3 et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée, dans des conditions fixées par décret, pour les personnes qui relèvent de l'article L. 5411-1 du code du travail.</p>	<p>Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de résidence et de séjour mentionnées à l'article L. 111-2-3 et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusqu'alors bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée, dans des conditions fixées par décret, pour les personnes qui relèvent de l'article L. 5411-1 du code du travail.</p> <p>Bénéficient également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.</p> <p>Peuvent bénéficier également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application des dispositions de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret.</p>
Article L. 311-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 311-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 ou aux articles L. 1233-65 à L. 1233-69 et L. 1235-16 ou au 8° de l'article L. 1233-68 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations en espèces du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations en espèces du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.</p>	<p>Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 ou aux articles L. 1233-65 à L. 1233-69 et L. 1235-16 ou au 8° de l'article L. 1233-68 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations en espèces du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Bénéficient également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.</p> <p>Peuvent bénéficier également de ce maintien de droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application des dispositions de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret.</p> <p>Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations en espèces du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.</p>

Article L.622-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.622-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Sous réserve d'adaptation par décret, les assurés mentionnés au présent livre, excepté ceux mentionnés aux articles L. 651-1, bénéficient en cas de maladie de prestations en espèces qui sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux articles L. 321-1, L. 321-2, L. 323-1, L. 323-1-1, L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-6 et L. 323-7.</p>	<p>Sous réserve d'adaptation par décret, les assurés mentionnés au présent livre, excepté ceux mentionnés aux articles L. 651-1, bénéficient en cas de maladie de prestations en espèces qui sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux articles L. 321-1, L. 321-2, L. 323-1, L. 323-1-1, L. 323-2, L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-6 et L. 323-7.</p>
Article L.646-5 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.646-5 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 321-1.</p> <p>L'indemnité prévue au premier alinéa du présent article est accordée à l'expiration d'un délai déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.</p> <p>L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec les indemnités journalières versées en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 646-4.</p>	<p>Abrogé</p>
Article L.663-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.663-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>En cas de maternité, paternité, d'accueil de l'enfant ou d'adoption les conjoints collaborateurs bénéficient, dans les conditions fixées par l'article L. 623-1, d'allocations forfaitaires de repos et, lorsqu'ils font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, d'indemnités complémentaires.</p> <p>Un décret détermine, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1 et pour les conjoints des autres assurés auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre, les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les montants des allocations et indemnités mentionnées à cet alinéa ainsi que les durées d'attribution de ces dernières.</p> <p>Les montants maximum des indemnités de remplacement et, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1, des allocations forfaitaires sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 3231-4 et L. 3231-5 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.</p> <p>Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-6, la durée maximale d'attribution des indemnités complémentaires de remplacement est égale, pour les conjoints qui adoptent ou accueillent un enfant</p>	<p>En cas de maternité, paternité, d'accueil de l'enfant ou d'adoption les conjoints collaborateurs bénéficient, dans les conditions fixées par l'article L. 623-1, d'allocations forfaitaires de repos et, lorsqu'ils font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, d'indemnités complémentaires.</p> <p>Un décret détermine, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1 et pour les conjoints des autres assurés auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre, les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les montants des allocations et indemnités mentionnées à cet alinéa ainsi que les durées d'attribution de ces dernières.</p> <p>Les montants maximum des indemnités de remplacement et, pour les conjoints des assurés mentionnés à l'article L. 646-1, des allocations forfaitaires sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 3231-4 et L. 3231-5 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.</p> <p>Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-6, la durée maximale d'attribution des indemnités complémentaires de remplacement est égale, pour les conjoints qui adoptent ou accueillent un enfant</p>

dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa du même article, à la moitié de celle prévue en cas de maternité.	 dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa du même article, à la moitié de celle prévue en cas de maternité.
<p align="center">Article 18 actuel de la loi ° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises</p>	<p align="center">Article 18 modifié de la loi ° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises</p>
<p>I.-Les membres des professions libérales soumises à statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, à l'exception des professions d'officiers publics ou ministériels, des commissaires aux comptes et des administrateurs judiciaires et mandataires judiciaires au redressement et à la liquidation des entreprises, peuvent exercer leur activité en qualité de collaborateur libéral.</p> <p>II.-A la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession mentionnée au I qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession.</p> <p>Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle.</p> <p>III.-Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession.</p> <p>Ce contrat doit, à peine de nullité, être établi par écrit et préciser :</p> <p>1° Sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement ;</p> <p>2° Les modalités de la rémunération ;</p> <p>3° Les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle ;</p> <p>4° Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis ;</p> <p>5° Les modalités de sa suspension afin de permettre au collaborateur de bénéficier des indemnités prévues par la législation de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie, de maternité, de congé d'adoption et de congé de paternité et d'accueil de l'enfant.</p> <p>III bis.-La collaboratrice libérale en état de grossesse médicalement constaté a le droit de suspendre sa collaboration pendant au moins seize semaines à l'occasion de l'accouchement. A compter de la déclaration de grossesse et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressée, non lié à l'état de grossesse.</p> <p>Le père collaborateur libéral ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur libéral de la mère ou la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle ont le droit de suspendre leur collaboration pendant onze jours consécutifs suivant la naissance de l'enfant, durée portée à dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples. A compter de l'annonce par le collaborateur libéral de son intention de suspendre son contrat de collaboration après la naissance de l'enfant et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de</p>	<p>I.-Les membres des professions libérales soumises à statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, à l'exception des professions d'officiers publics ou ministériels, des commissaires aux comptes et des administrateurs judiciaires et mandataires judiciaires au redressement et à la liquidation des entreprises, peuvent exercer leur activité en qualité de collaborateur libéral.</p> <p>II.-A la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession mentionnée au I qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession.</p> <p>Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle.</p> <p>III.-Le contrat de collaboration libérale doit être conclu dans le respect des règles régissant la profession.</p> <p>Ce contrat doit, à peine de nullité, être établi par écrit et préciser :</p> <p>1° Sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement ;</p> <p>2° Les modalités de la rémunération ;</p> <p>3° Les conditions d'exercice de l'activité, et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle ;</p> <p>4° Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis ;</p> <p>5° Les modalités de sa suspension afin de permettre au collaborateur de bénéficier des indemnités prévues par la législation de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie, de maternité, de congé d'adoption et de congé de paternité et d'accueil de l'enfant.</p> <p>III bis.-La collaboratrice libérale en état de grossesse médicalement constaté a le droit de suspendre sa collaboration pendant au moins seize semaines à l'occasion de l'accouchement. A compter de la déclaration de grossesse et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressée, non lié à l'état de grossesse.</p> <p>Le père collaborateur libéral ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur libéral de la mère ou la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle ont le droit de suspendre leur collaboration pendant onze jours consécutifs une durée égale à celle mentionnée à l'article L. 1225-35 du code du travail. A compter de l'annonce par le collaborateur libéral de son intention de suspendre son contrat de collaboration après la naissance de l'enfant et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles</p>

<p>l'intéressé, non lié à la paternité. Le collaborateur libéral qui souhaite suspendre son contrat de collaboration en fait part au professionnel libéral avec lequel il collabore au moins un mois avant le début de la suspension.</p> <p>Le collaborateur libéral ou la collaboratrice libérale a le droit de suspendre sa collaboration pendant une durée de dix semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer lorsque l'autorité administrative ou tout organisme désigné par voie réglementaire lui confie un enfant en vue de son adoption. A compter de l'annonce par le collaborateur ou la collaboratrice de son intention de suspendre son contrat de collaboration et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressé, non lié à l'adoption.</p> <p>III ter.-Les articles 1er à 4 et 7 à 10 de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations s'appliquent à tout contrat de collaboration libérale, y compris lors de sa rupture.</p> <p>IV.-Le collaborateur libéral est responsable de ses actes professionnels dans les conditions prévues par les textes régissant chacune des professions mentionnées au I.</p> <p>V.-Le collaborateur libéral relève du statut social et fiscal du professionnel libéral qui exerce en qualité de professionnel indépendant.</p>	<p>déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressé, non lié à la paternité. Le collaborateur libéral qui souhaite suspendre son contrat de collaboration en fait part au professionnel libéral avec lequel il collabore au moins un mois avant le début de la suspension.</p> <p>Le collaborateur libéral ou la collaboratrice libérale a le droit de suspendre sa collaboration pendant une durée de dix semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer égale à celle mentionnée à l'article L.1225-37 du code du travail lorsque l'autorité administrative ou tout organisme désigné par voie réglementaire lui confie un enfant en vue de son adoption. A compter de l'annonce par le collaborateur ou la collaboratrice de son intention de suspendre son contrat de collaboration et jusqu'à l'expiration d'un délai de huit semaines à l'issue de la période de suspension du contrat, le contrat de collaboration libérale ne peut être rompu unilatéralement, sauf en cas de manquement grave aux règles déontologiques ou propres à l'exercice professionnel de l'intéressé, non lié à l'adoption.</p> <p>III ter.-Les articles 1er à 4 et 7 à 10 de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations s'appliquent à tout contrat de collaboration libérale, y compris lors de sa rupture.</p> <p>IV.-Le collaborateur libéral est responsable de ses actes professionnels dans les conditions prévues par les textes régissant chacune des professions mentionnées au I.</p> <p>V.-Le collaborateur libéral relève du statut social et fiscal du professionnel libéral qui exerce en qualité de professionnel indépendant.</p>
--	--

Article 48 – Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles

I. Présentation de la mesure

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

• **Amélioration de l'indemnisation des arrêts maladie des non-salariés agricoles**

Le délai de carence applicable aux IJ AMEXA est de 7 jours, sauf en cas d'hospitalisation, où il est ramené à 3 jours. Ce délai de carence, qui était aligné sur celui applicable aux travailleurs indépendants en 2014 lors de la mise en place des indemnités journalières maladie des exploitants agricoles, n'est plus justifié aujourd'hui. Il constitue une particularité du régime des non-salariés agricoles, défavorable aux assurés de ce régime et sans justification. En effet, le délai de carence applicable aux salariés du régime général et du régime agricole comme aux travailleurs indépendants est de 3 jours, le délai de carence des travailleurs indépendants ayant été réduit par le décret n° 2020-621 du 22 mai 2020 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants à 3 jours, alors qu'il s'élevait auparavant à 7 jours sauf en cas d'hospitalisation ou d'arrêt supérieur à 7 jours où il était fixé à 3 jours.

• **Poursuite de la mise en œuvre de la réforme du congé de paternité pour les chefs d'exploitation agricole**

L'article 73 de la LFSS pour 2021 allonge, à compter du 1^{er} juillet 2021, la durée du congé paternité indemnisé par la sécurité sociale pour les salariés de 11 jours à 25 jours pour les naissances simples et de 18 jours à 32 jours pour les naissances multiples.

En cas de naissance d'un enfant, les non-salariés agricoles ont droit à un congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'une durée équivalente à celui dont bénéficient les salariés et les travailleurs indépendants, soit 25 jours pour les naissances simples et 32 jours pour les naissances multiples. Durant ce congé, les non-salariés agricoles peuvent bénéficier d'une allocation de remplacement visant à rémunérer l'emploi d'une personne pour les remplacer sur l'exploitation.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, en application de l'article 71 de la LFSS pour 2019, les cheffes d'exploitation agricole bénéficient pendant leur congé de maternité d'indemnités journalières forfaitaires lorsqu'elles ne peuvent pas bénéficier de l'allocation de remplacement. En revanche, lors de leur congé de paternité et d'accueil de l'enfant, lorsqu'ils ne peuvent pas se faire remplacer sur l'exploitation, faute de remplaçant, les non-salariés agricoles n'ont pas accès aux indemnités journalières et ne perçoivent ainsi aucune indemnisation pendant leur congé de paternité.

C'est pourquoi par souci d'équité avec les cheffes d'exploitation agricole durant leur congé de maternité et en raison de l'allongement du congé de paternité, qui permet plus facilement d'envisager un remplacement, il est proposé le versement d'indemnités journalières forfaitaires aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles, en cas de congé de paternité et d'accueil de l'enfant dans le cas où l'allocation de remplacement ne pourrait pas leur être attribuée.

Pour procéder à la mise en place d'indemnités journalières forfaitaires paternité pour les chefs d'exploitation agricole, une mesure législative est nécessaire.

• **Création d'une pension d'invalidité de réversion de veuf ou de veuve pour les non-salariés agricoles**

Le conjoint invalide âgé de moins de 55 ans d'un assuré salarié agricole qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à pension d'invalidité, bénéficie, en cas de décès de l'assuré salarié d'une pension d'invalidité pour veuve (ou veuf).

De telles dispositions ne sont actuellement pas prévues pour les non-salariés agricoles pensionnés d'invalidité. Les veuves (ou veufs) sont par conséquent privés d'une pension d'invalidité de réversion. La situation des conjointes invalides survivantes d'un agriculteur apparaît dès lors plus précaire (minoration des ressources alors que les charges demeurent) comparée à celle de la conjointe invalide survivante du salarié. C'est pourquoi, pour mettre un terme à l'inégalité de traitement entre salariés et non-salariés agricoles, le présent article prévoit la création d'une pension d'invalidité de réversion de veuf ou de veuve en AMEXA.

• **Amélioration de l'indemnisation des ayants droit en cas de décès d'un non-salarié agricole suite à un AT-MP**

Les non-salariés agricoles relèvent depuis le 1^{er} avril 2002 d'un régime AT-MP obligatoire (ATEXA), quel que soit leur statut : chefs d'exploitation, collaborateurs, aides familiaux, enfants de plus de 14 ans, cotisants solidaires. Toutefois, si la prise en charge à 100% des tarifs de la sécurité sociale des frais de santé liés à l'AT-MP est commune à l'ensemble des non-salariés agricoles, les autres prestations sont variables en fonction du statut :

- Seuls les chefs d'exploitation, les collaborateurs et les aides familiaux bénéficient d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- Tous les non-salariés agricoles bénéficient d'une rente en cas d'incapacité permanente, mais celle-ci est versée dès 30% d'incapacité aux chefs d'exploitation – alors qu'elle est conditionnée à l'existence d'une incapacité

permanente totale pour les collaborateurs, les aides familiaux, les enfants de plus de 14 ans et les cotisants de solidarité ;

- En cas de décès, la rente n'est ouverte qu'aux ayants droit (soit les conjoints, partenaires de PACS ou concubins, jusqu'à leur remariage ou leur décès, ainsi que les enfants, jusqu'à leurs 20 ans) des chefs d'exploitation et des cotisants de solidarité.

S'agissant des rentes d'ayant droit, elles sont calculées sur la base d'une assiette forfaitaire, fixée chaque année par arrêté (pour les cotisants de solidarité, seule une fraction de cette assiette est prise en compte pour le calcul de la rente). Le montant de la rente correspond, pour les conjoints, partenaires de PACS ou concubins, à 40% de cette assiette – et, pour les enfants, à 25% pour les deux premiers enfants, et à 20% à compter du troisième enfant.

Or, si la différenciation des prestations AT-MP des exploitants agricoles semble légitime s'agissant de l'incapacité temporaire ou de l'incapacité permanente, compte tenu notamment de l'existence ou non de revenus et de leurs montants – et résulte d'écarts d'équilibre entre prestations et cotisations définies avec la profession –, l'exclusion de toute indemnisation en cas de décès, lorsque l'exploitant agricole relevait d'un statut autre que celui de chef d'exploitation ou de cotisant de solidarité, apparaît inéquitable pour les ayants droit. En particulier lorsque l'AT-MP est lié à un suicide dû à une souffrance au travail, la différenciation dans la réparation des ayants droit en fonction du statut de l'exploitant décédé n'est pas justifiée.

• Prévention de la désinsertion professionnelle des assurés relevant des régimes agricoles

La MSA doit disposer d'une assise légale et générique de compétences pour exercer la mission de prévention de la désinsertion professionnelle telle que prévue par l'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, issue de la proposition de loi Lecocq. Il s'agit à cet égard de lui permettre de mettre en œuvre des actions d'accompagnement pour prévenir le risque de perte d'emploi ou d'activité, à la suite de l'altération de l'état de santé des suites d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, des assurés affiliés au régime agricole.

En effet, la MSA réalise des missions de prévention des risques professionnels et d'action sanitaire et sociale et, dans ce cadre, les salariés et non-salariés agricoles ayant des problèmes de santé susceptibles d'entraîner une perte d'emploi ou d'activité peuvent se faire accompagner dans leurs démarches notamment par les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi mises en place dans les caisses. Dans le contexte de crise sanitaire et économique, les assurés du régime agricole qui rencontrent des difficultés de maintien en activité, à la suite d'une altération de leur état de santé des suites d'un accident ou d'une maladie professionnelle, d'origine professionnelle ou non, doivent également bénéficier de l'accompagnement des caisses de MSA au sein desquelles sont présents les services de santé sécurité au travail, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical.

S'agissant de l'essai encadré, il vise notamment à tester la compatibilité d'un poste de travail avec l'état de santé de la personne et d'évaluer les conditions réelles de réalisation du travail. La demande de l'essai encadré nécessite l'accord du médecin traitant, sous réserve que, après avis du médecin-conseil, la durée de l'action « essai encadré » soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. En pratique, un bilan de la situation de l'assuré et une visite d'aptitude à l'essai encadré par le médecin du travail sont réalisés préalablement, en lien avec l'employeur. L'assuré est suivi par un tuteur au sein de l'entreprise durant l'exercice de son activité professionnelle. L'essai encadré est réalisé pendant un arrêt de travail total ou partiel indemnisé au titre de la maladie ou d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. A noter que les indemnités journalières, sans modification de montant, continuent d'être versées durant l'essai encadré. Il n'y a donc pas de rémunération versée par l'employeur d'accueil durant la réalisation de ce dispositif.

C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un guichet social unique pour cette population fragile en lui garantissant la couverture accidents du travail-maladies professionnelles par la MSA dont il relève, en cas d'accident du travail survenu au cours d'une période d'essai encadré et plus généralement au cours des actions d'information, de conseil, d'évaluation, d'accompagnement dans le but d'un maintien ou d'un retour à l'emploi.

Enfin, l'article 28 de la loi du 2 août 2021 précitée étend la convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE), dispositif mis en œuvre à la suite d'un arrêt de travail indemnisé au titre d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, aux travailleurs non handicapés qui font l'objet d'un avis d'inaptitude ou qui sont identifiés par la médecine du travail comme présentant un risque d'inaptitude à moyen terme dans le cadre de l'examen de pré-reprise.

La convention de rééducation professionnelle est un dispositif permettant de lutter contre la désinsertion professionnelle. Lorsque la rééducation professionnelle est réalisée dans l'entreprise d'origine de l'assuré au moyen d'un avenant à son contrat de travail, le salarié doit obtenir au terme de la convention le rétablissement de son contrat initial de travail, sous réserve de la compatibilité de son poste avec son état de santé, son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Dans l'exercice de sa mission de lutte contre la désinsertion professionnelle, la Mutualité Sociale Agricole doit également figurer au nombre des différents acteurs de la convention de rééducation professionnelle et contribuer au dispositif d'accompagnement des assurés sociaux agricoles en difficulté qu'elle met en œuvre depuis l'été 2015.

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

a) Mesure proposée

• Amélioration de l'indemnisation des arrêts maladie des non-salariés agricoles

Le délai de carence applicable aux IJ AMEXA sera réduit à trois jours dans tous les cas de figure, en cohérence avec le délai applicable aux salariés et aux travailleurs indépendants.

- **Poursuite de la mise en œuvre de la réforme du congé de paternité**

Le congé de paternité a été allongé, les agriculteurs bénéficient ainsi de 25 jours de congé paternité indemnisé par la sécurité sociale.

A l'instar de la mère exploitante agricole, le père chef d'exploitation ainsi que, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité, pourra bénéficier d'indemnités journalières d'un montant de 57,20 € (montant 2022 vs 56,35 € montant 2021) s'il n'est pas remplacé lors de son congé paternité. Cela sera également possible en cas d'hospitalisation de l'enfant à la naissance.

- **La clarification des règles relatives aux pensions d'invalidité**

Il est prévu la création d'une pension d'invalidité pour les veufs et veuves de non-salariés agricoles. Dans un souci de mettre un terme à l'inégalité de traitement entre les veufs et veuves invalides relevant du régime AMEXA des exploitants agricoles par rapport aux veuf et veuves invalides relevant d'un régime de salariés. Cette harmonisation entre les familles des exploitants et celles de leurs salariés agricoles, permettra d'améliorer l'aide apportée aux familles des non-salariés agricoles confrontées au deuil, lesquelles sont d'autant plus fragilisées dans le cas d'un décès dû au suicide.

- **Amélioration de l'indemnisation des ayants droit en cas de décès d'un non-salarié agricole suite à un AT-MP**

Les non-salariés agricoles relèvent depuis le 1^{er} avril 2002 d'un régime AT-MP obligatoire (ATEXA), couvrant l'ensemble des non-salariés, quel que soit leur statut : chefs d'exploitation, collaborateurs, aides familiaux, enfants de plus de 14 ans, cotisants solidaires. Toutefois, si la prise en charge à 100% des tarifs de la sécurité sociale des frais de santé liés à l'AT-MP est commune à l'ensemble des non-salariés agricoles, les autres prestations sont variables en fonction du statut.

La mesure étend aux ayants droit de l'ensemble des non-salariés agricoles décédés suite à un AT-MP l'indemnisation réservée aujourd'hui aux ayants droit des chefs d'exploitation et des cotisants de solidarité. Les ayants droit des collaborateurs, aides familiaux et enfants de plus de 14 ans pourront donc également bénéficier d'une rente, calculée selon les mêmes modalités que pour les ayants droit des chefs d'exploitation :

- L'assiette sera constituée du gain forfaitaire défini chaque année par arrêté (13 067 € depuis le 1^{er} avril 2021) ;
- Pour les conjoints, partenaires de PACS ou concubins, la rente annuelle correspondra à 40% du gain forfaitaire, et sera versée jusqu'à leur décès ou à leur remariage ;
- Pour les enfants, la rente annuelle, qui leur sera versée jusqu'à leurs 20 ans, correspondra à 25% (pour les deux premiers enfants) ou 20% (à partir du troisième enfant) du gain forfaitaire.

La mesure permettra ainsi d'harmoniser l'indemnisation des ayants droits en cas de décès lié à un AT-MP, notamment suite à un suicide reconnu en accident du travail.

- **Prévention de la désinsertion professionnelle des assurés relevant des régimes agricoles**

En premier lieu, la mesure inscrit explicitement les actions de prévention de la désinsertion professionnelle au nombre des missions exercées tant par les caisses de mutualité sociale agricole que par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

En second lieu, cette mesure permet d'étendre la couverture accidents du travail-maladies professionnelles du régime des salariés agricoles aux assurés agricoles qui bénéficient d'actions de formation, d'évaluation ou d'accompagnement afin qu'ils continuent à bénéficier du dispositif « guichet unique » de la MSA, sans risque de rupture de droits.

Enfin et par souci d'harmonisation avec les dispositions qui viennent d'être précisées par la loi du 2 août pour les salariés, cette mesure décrit, pour les non-salariés agricoles, les différentes actions d'accompagnement auxquelles peuvent participer les caisses de MSA, et qui comprennent notamment l'essai encadré et la convention de rééducation professionnelle.

b) Autres options possibles

Sans objet

3. 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 base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

Les mesures relèvent de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure implique de modifier les articles L.723-3, L.723-11, L.732-4, L.732-12-1, L.751-1 II, L.752-5-2 et L.752-7 du code rural et de la pêche maritime et l'article L. 5213-3-1 du code du travail.

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 directement applicable concernant les non-salariés agricoles
Mayotte	Mesure directement applicable concernant les non-salariés agricoles
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable concernant les non-salariés agricoles
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Réduction du délai de carence applicable aux IJ AMEXA : l'impact financier de la réduction du délai de carence est évalué à 1,5 M€ en 2021 et 1,7 M€ en 2022.

Congé de paternité :

L'impact financier du versement d'une indemnité journalière forfaitaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise ne pouvant pas bénéficier d'un remplacement pour le congé de paternité est calculé en partant des hypothèses suivantes :

- La proportion des chefs d'exploitation ne pouvant pas bénéficier d'un remplacement paternité est identique à celle des cheffes pour les remplacements maternité, soit 41% en 2019 (les effectifs des personnes éligibles au congé paternité ne sont pas disponibles).
- Le nombre de chefs d'exploitation âgés de 20 à 49 ans diminue de 1 % annuellement.
- La durée moyenne du congé paternité serait de 25 jours.
- Le montant de l'indemnité journalière forfaitaire serait égal à celui versé aux cheffes d'exploitation, soit 56,35 € en 2021, et revalorisé de 1,5 % chaque année.

Ainsi, considérant qu'en 2019, 2 117 chefs d'exploitation ou d'entreprise ont bénéficié d'une allocation de remplacement pour congé paternité, le nombre de bénéficiaires d'une indemnité journalière serait de 1 263 en 2022.

Le coût de la mesure en 2022 serait donc de : $1\,263 \times 25 \text{ jours} \times 57,20 \text{ €} = 1\,806\,000 \text{ €}$

Ce chiffrage est vraisemblablement surévalué du fait de l'hypothèse que l'ensemble des chefs d'exploitation bénéficieront d'IJ forfaitaires à défaut d'une allocation de remplacement, au regard de ce qui est constaté pour les cheffes d'exploitation pour le congé maternité (taux de recours de 5 % en 2019 correspondant à la première année de mise en œuvre des IJ forfaitaires).

Création d'une pension d'invalidité pour les veufs / veuves non-salariés agricoles

En 2020, 12 486 non-salariés agricoles sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité de droits propres. Cet effectif serait en repli en 2022 et estimé à 11 933. Le nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité de réversion serait de 11 en 2022 en retenant que la proportion de bénéficiaires d'une pension d'invalidité de réversion dans le régime des non-salariés agricoles est identique à celle relevée dans le régime des salariés agricoles (soit 0,09 % en 2020 par rapport au nombre des bénéficiaires de droits propres en invalidité). Le coût de la mesure en 2022 serait de 62 000 € (calcul sur la base de 54% de la pension d'invalidité totale d'un chef d'exploitation).

Amélioration de l'indemnisation des ayants droit en cas de décès d'un non-salarié agricole suite à un AT-MP

La mesure proposée permettra aux ayants droit des collaborateurs, aides familiaux et enfants de plus de 14 ans de bénéficier d'une indemnisation en cas de décès du non salarié agricole des suites d'un AT-MP.

Pour évaluer l'impact financier de la mesure, il peut être considéré que, dans la mesure où les rentes d'incapacité permanente totale versées aux collaborateurs, aides familiaux et enfants de plus de 14 ans, concernent entre 5 et 10 assurés par an, le nombre de décès concernant ces personnes serait, dans une hypothèse majorante, de 5 par an.

Compte tenu par ailleurs du coût moyen de l'indemnisation des ayants droit (13 050 € par personne décédée), la mesure représenterait pour le régime ATEXA une dépense supplémentaire de 65 250 € la première année (2022). La dépense augmenterait progressivement compte tenu du mécanisme de revalorisation annuelle des rentes (pour lequel il est proposé de prendre pour hypothèse un coefficient de revalorisation de 0,3% du gain forfaitaire annuel).

Le coût du provisionnement des rentes serait par ailleurs de l'ordre d'1 M€ par an.

Prévention de la désinsertion professionnelle des assurés relevant des régimes agricoles

Le coût de la mesure est calculé à partir des données du dernier bilan 2019 de la cellule pluridisciplinaire de maintien dans l'emploi (CPME), auxquelles sera appliqué un taux d'augmentation du taux de recours. En effet, la mesure « essai encadré » étant récente, une montée en charge de ce dispositif notamment est prévisible.

	Actions de remobilisation précoce			
	PSOP	Essai encadré	PMSMP	Total
2019	62	14	14	90
2018	46	0	19	65

En hypothèse basse, le nombre de dossiers augmenterait chaque année de 10% pour atteindre 120 dossiers accédant au dispositif en 2022. Le coût de la mesure individuelle étant estimé à 3 562€. (Coût du CRPE par individu : 119 jours en moyenne * 29,94€ par jour en moyenne = 3 562€), le coût total selon cette hypothèse basse serait de 0,43M€.

En hypothèse haute, le nombre de dossiers augmenterait chaque année de 40% (à l'instar de l'évolution 2019/2018) pour atteindre 252 dossiers en 2022. Cette hypothèse peut se justifier également à cause de la crise sanitaire, et la hausse possible des actifs sans activité intégrant les parcours d'insertion. En appliquant le coût individuel de 3 562€, le coût total selon l'hypothèse haute serait de 0,9M€

Le coût global de la mesure en hypothèse intermédiaire serait de 0,65 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		-1,7	-1,7	-1,7	-1,7
Délai de carence des IJ AMEXA					
Indemnités journalières du congé paternité des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles		-1,8	-1,8	-1,8	-1,8
Création d'une pension d'invalidité pour les veufs/veuves NSA		-0,06	-0,06	-0,06	-0,06
Régime AT-MP des exploitants agricoles (ATEXA)					
Au titre des rentes versées		-0,06	-0,06	-0,06	-0,06
Au titre du provisionnement des rentes		-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
Régimes agricoles au titre de la mesure de prévention de la désinsertion professionnelle		-0,65	-0,65	-0,65	-0,65

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

a) Impacts économiques

La réduction du délai de carence pour les non-salariés agricoles de sept à trois jours a un effet bénéfique sur les revenus de remplacement des assurés concernés.

A terme, l'amélioration de l'indemnisation des exploitants agricoles durant leur congé de paternité pourraient favoriser l'activité professionnelle des femmes en incitant les pères à s'investir davantage dans les tâches domestiques et en réduisant l'impact du congé maternité sur la carrière professionnelle des femmes, les pères interrompant également leur activité lors de l'arrivée d'un enfant.

L'amélioration de l'indemnisation des ayants droit en cas de décès d'un exploitant agricole suite à un AT-MP n'entraîne pas d'augmentation du taux de cotisation AT-MP des exploitants agricoles, et n'a donc, au global, pas d'impact économique particulier sur ce secteur d'activité.

Au sein des régimes agricoles (salariés et non-salariés), la mesure de prévention de la désinsertion professionnelle ne devrait pas avoir d'impact particulier sur les taux de cotisation AT-MP, et donc sur le coût du travail, compte tenu des faibles montants en jeu, si on les rapporte au total des dépenses de la branche AT-MP du régime considéré.

b) Impacts sociaux

L'amélioration de l'indemnisation du congé paternité incite à une plus grande participation aux responsabilités domestiques et familiales des pères en incitant et en permettant leur participation accrue aux premières périodes de la vie de l'enfant et contribue ainsi à l'objectif de développement du lien père / enfant et plus généralement d'égalité entre les femmes et les hommes.

L'amélioration de l'indemnisation des ayants droit en cas de décès d'un exploitant agricole suite à un AT-MP va permettre d'améliorer l'accompagnement et le soutien financier des familles fragilisées par un décès.

La mesure de prévention de la désinsertion professionnelle vise à permettre à la MSA de mettre en œuvre une démarche globale de soutien des agriculteurs fragilisés par leur état de santé ou les difficultés professionnelles auxquelles ils sont confrontés.

• 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

L'amélioration de l'indemnisation du congé paternité poursuit un objectif de réduction des inégalités entre les hommes et les femmes, à la fois en rééquilibrant l'effet de l'arrivée de l'enfant sur la carrière professionnelle des femmes et des hommes et en augmentant la participation des pères aux tâches parentales et plus largement domestiques.

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

Ces mesures améliorent des droits à indemnisation par l'assurance maladie-maternité-invalidité de différentes catégories d'assurés, sans impact sur les démarches à accomplir pour bénéficier de cette indemnisation.

Concernant les décès de non-salariés agricoles, les ayants droit qui pourront désormais bénéficier d'une indemnisation, lorsque le décès est lié à un AT-MP (collaborateurs, aides familiaux, enfants de plus de 14 ans), devront réaliser des démarches identiques à celles aujourd'hui prévues pour les ayants droit des exploitants agricoles et des cotisants de solidarité.

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

Concernant les décès d'exploitants agricoles suite à un AT-MP, les caisses de MSA devront adapter leurs systèmes d'information pour instruire les demandes formées par les ayants droit des collaborateurs, aides familiaux et enfants de 14 à 20 ans et, le cas échéant, pour liquider les prestations correspondantes

La mesure sur la prévention de la désinsertion professionnelle proposée est susceptible d'accroître le nombre d'assurés ayant recours aux cellules pluridisciplinaires des caisses de MSA et d'augmenter leur charge de travail. Elle nécessitera des adaptations SI nécessaires à la mise en place d'une cotisation dédiée par ailleurs. Il faut toutefois noter que la cette mesure pourrait, *a contrario*, conduire à une facilitation de l'activité des cellules pluridisciplinaires des caisses, puisque les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la désinsertion professionnelle seront désormais clarifiées dans les textes. Elle va faciliter également la gestion par les employeurs et par les caisses de MSA du fait de l'unification de la couverture accidents du travail-maladies professionnelles des assurés agricoles engagés dans ces actions d'accompagnement professionnel.

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

Les mesures seront gérées dans le cadre des moyens existants.

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

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

Des textes d'application devront être prévus aux fins de modifier les articles D. 732-2-2et D.732-27 du code rural et de la pêche maritime.

Concernant l'amélioration de l'indemnisation des ayants droit en cas de décès d'un non-salarié agricole suite à un AT-MP, la mesure est d'application directe, et ne nécessite donc pas stricto sensu de texte d'application. S'agissant en revanche des maladies professionnelles liées aux pesticides, dont l'instruction relève du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides géré par la MSA, elles ouvrent droit, en plus de la réparation de droit commun, à un complément d'indemnisation versé aux non-salariés agricoles. Ce complément d'indemnisation consiste, pour les rentes d'ayant droit, à les calculer sur la base d'une assiette forfaitaire supérieure à celle prévue pour les autres maladies professionnelles. Aussi, il conviendra, par cohérence avec la mesure portée par le présent PLFSS, d'étendre le versement du complément d'indemnisation, en cas de décès de la victime, aux ayants droit des collaborateurs, aides familiaux et enfants de plus de 14 ans (à l'article R. 752-90 du code rural et de la pêche maritime). Cette modification interviendra d'ici la fin de l'année 2021, en vue d'une entrée en vigueur concomitante à celle de la LFSS.

Concernant la mesure sur la prévention de la désinsertion professionnelle, les textes réglementaires prévus pour la mise en œuvre de cette mesure concernant les assurés agricoles s'inscriront dans le même calendrier que celui prévu pour les assurés relevant du régime général en application des dispositions de l'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

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'indemnisation des ayants droit des non-salariés agricoles en cas de décès lié à un AT-MP et la mise en œuvre d'une pension d'invalidité du conjoint survivant concerneront des décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022.

La mesure concernant la prévention de la désinsertion professionnelle entrera en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses de MSA et la CCMSA informeront les assurés sur l'ensemble de ces mesures via le site internet msa.fr.

Au-delà de la présentation de la mesure sur la désinsertion professionnelle qui sera effectuée auprès des organisations syndicales et patronales membres de la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP) et du conseil central d'administration de la MSA, dans le cadre de leur saisine sur le présent PLFSS, les assurés et les employeurs seront informés via le site msa.fr et la commission spécialisée n° 6 du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail en charge des questions relatives aux activités agricoles.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les statistiques concernant le suivi de l'ensemble de ces mesures seront présentées par la CCMSA dans le cadre des réunions annuelles du Conseil Supérieur des prestations sociales agricoles.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 723-3 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L.723-3 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Les caisses de mutualité sociale agricole comprennent un service du recouvrement, contrôle et contentieux et des sections dont les opérations font l'objet de comptabilités distinctes dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Le service du recouvrement, contrôle et contentieux est notamment chargé du calcul et du recouvrement des cotisations dues par les ressortissants des régimes obligatoires de protection sociale agricole. Il en met le produit à la disposition des sections intéressées.</p> <p>Les caisses comprennent obligatoirement les sections suivantes :</p> <p>1° Assurances sociales des salariés ;</p> <p>2° Prestations familiales ;</p> <p>3° Assurance vieillesse et assurance veuvage des non-salariés ;</p> <p>4° Assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés.</p> <p>5° Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés ;</p> <p>6° Action sanitaire et sociale ;</p> <p>6° bis Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ;</p> <p>6° ter Assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles ;</p> <p>7° Le cas échéant, des sections assurances complémentaires facultatives maladie, invalidité et maternité et assurance vieillesse des non-salariés agricoles.</p> <p>Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent créer toute autre section qui s'avérerait nécessaire après autorisation de l'autorité administrative.</p> <p>Elles peuvent également, sous leur responsabilité, créer des échelons locaux et confier aux délégués cantonaux élus directement des trois collèges qu'elles désignent toutes missions, qu'ils effectuent à titre gratuit.</p> <p>Les caisses dont la circonscription comporte plusieurs départements peuvent constituer des comités départementaux selon des modalités fixées par leur conseil d'administration. Les conseils d'administration peuvent leur confier des missions, notamment pour animer le réseau des élus locaux de la mutualité sociale agricole. Ces comités départementaux peuvent être consultés sur les demandes individuelles relatives aux cotisations sociales et les aides individuelles relatives à l'action sanitaire et sociale ainsi que sur toutes questions concernant la gestion des régimes agricoles de protection sociale dans le département. Leurs membres peuvent assurer la représentation de la caisse sur mandat du conseil d'administration. Le comité départemental est composé d'administrateurs de la caisse, élus du département concerné, d'un membre désigné par l'union départementale des associations familiales et de délégués cantonaux du même département. Le nombre de membres du comité départemental ne peut excéder le nombre de membres du conseil d'administration d'une caisse départementale. Les dispositions des articles L. 723-36, L. 723-37 et L. 723-42 sont applicables aux membres de ces comités.</p> <p>Elles contribuent au développement sanitaire et social des territoires ruraux.</p> <p>Elles proposent au préfet la surface minimale d'assujettissement prévue à l'article L. 722-5-1.</p>	<p>Les caisses de mutualité sociale agricole comprennent un service du recouvrement, contrôle et contentieux et des sections dont les opérations font l'objet de comptabilités distinctes dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Le service du recouvrement, contrôle et contentieux est notamment chargé du calcul et du recouvrement des cotisations dues par les ressortissants des régimes obligatoires de protection sociale agricole. Il en met le produit à la disposition des sections intéressées.</p> <p>Les caisses comprennent obligatoirement les sections suivantes :</p> <p>1° Assurances sociales des salariés ;</p> <p>2° Prestations familiales ;</p> <p>3° Assurance vieillesse et assurance veuvage des non-salariés ;</p> <p>4° Assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés.</p> <p>5° Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés ;</p> <p>6° Action sanitaire et sociale ;</p> <p>6° bis Assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ;</p> <p>6° ter Assurance vieillesse complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles ;</p> <p>7° Le cas échéant, des sections assurances complémentaires facultatives maladie, invalidité et maternité et assurance vieillesse des non-salariés agricoles.</p> <p>Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent créer toute autre section qui s'avérerait nécessaire après autorisation de l'autorité administrative.</p> <p>Elles peuvent également, sous leur responsabilité, créer des échelons locaux et confier aux délégués cantonaux élus directement des trois collèges qu'elles désignent toutes missions, qu'ils effectuent à titre gratuit.</p> <p>Les caisses dont la circonscription comporte plusieurs départements peuvent constituer des comités départementaux selon des modalités fixées par leur conseil d'administration. Les conseils d'administration peuvent leur confier des missions, notamment pour animer le réseau des élus locaux de la mutualité sociale agricole. Ces comités départementaux peuvent être consultés sur les demandes individuelles relatives aux cotisations sociales et les aides individuelles relatives à l'action sanitaire et sociale ainsi que sur toutes questions concernant la gestion des régimes agricoles de protection sociale dans le département. Leurs membres peuvent assurer la représentation de la caisse sur mandat du conseil d'administration. Le comité départemental est composé d'administrateurs de la caisse, élus du département concerné, d'un membre désigné par l'union départementale des associations familiales et de délégués cantonaux du même département. Le nombre de membres du comité départemental ne peut excéder le nombre de membres du conseil d'administration d'une caisse départementale. Les dispositions des articles L. 723-36, L. 723-37 et L. 723-42 sont applicables aux membres de ces comités.</p> <p>Elles contribuent au développement sanitaire et social des territoires ruraux.</p> <p>Les caisses de mutualité sociale agricole avec le concours de leur service social mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien</p>

	<p>dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, compte tenu de la coordination assurée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les intervenants extérieurs qualifiés, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelles mentionnés à l'article L. 5214-3-1 du code du travail, aux 3° et 4° de l'article L. 5211-2 du même code ainsi qu'au b du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Elles proposent au préfet la surface minimale d'assujettissement prévue à l'article L. 722-5-1.</p>
<p align="center">Article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L.723-11 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :</p> <p>1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ;</p> <p>2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment :</p> <p>a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ;</p> <p>b) En mettant en œuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ;</p> <p>c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1, et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ;</p> <p>d) En passant des conventions dans les matières et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ;</p> <p>3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ;</p> <p>4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ;</p> <p>5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ;</p> <p>6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ;</p> <p>7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ;</p> <p>8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ;</p> <p>9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en œuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ;</p> <p>10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ;</p>	<p>La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :</p> <p>1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ;</p> <p>2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment :</p> <p>a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ;</p> <p>b) En mettant en oeuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ;</p> <p>c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ;</p> <p>d) En passant des conventions dans les matières et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ;</p> <p>3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ;</p> <p>4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ;</p> <p>5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ;</p> <p>6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ;</p> <p>7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ;</p> <p>8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ;</p> <p>9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en œuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ;</p> <p>9° bis De promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou</p>

<p>10° bis De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ou allocataires ;</p> <p>11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations et au recouvrement des cotisations ;</p> <p>12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux;</p> <p>10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ;</p> <p>10° bis De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ou allocataires ;</p> <p>11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations et au recouvrement des cotisations ;</p> <p>12° D'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret.</p>
<p align="center">Article L.732-4 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L.732-4 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Bénéficiaire d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :</p> <p>1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ;</p> <p>2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ;</p> <p>3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article.</p> <p>Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation, aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. Par dérogation, en cas de décès de son enfant âgé de moins de vingt-cinq ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans dont l'assuré a la charge effective et permanente, et dans un délai de treize semaines à compter de cette date, l'indemnité journalière versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée sans délai. La durée d'indemnisation est plafonnée.</p> <p>En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.</p> <p>L'article L. 323-3 ainsi que les articles L. 323-3-1, L. 323-5, L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article. Dans ce cas, les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p>Bénéficiaire d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :</p> <p>1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ;</p> <p>2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ;</p> <p>3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article.</p> <p>Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation, aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. Par dérogation, en cas de décès de son enfant âgé de moins de vingt-cinq ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans dont l'assuré a la charge effective et permanente, et dans un délai de treize semaines à compter de cette date, l'indemnité journalière versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail est accordée sans délai. La durée d'indemnisation est plafonnée.</p> <p>En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.</p> <p>L'article L. 323-3 ainsi que les articles L. 323-3-1, L. 323-5, L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article. Dans ce cas, les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>

Article L. 732-8 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 732-8 modifié du code rural et de la pêche maritime
<p>Les prestations d'invalidité sont dues aux chefs d'exploitation et d'entreprise, aux aides familiaux et aux associés d'exploitation, mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime, dans le cas où, en raison de son état de santé, l'intéressé est reconnu comme totalement inapte à l'exercice de la profession agricole.</p> <p>Elles sont également allouées aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 et aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime ainsi qu'aux époux coexploitants et aux associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée conformément à l'article L. 324-1 et mentionnés à l'article L. 324-8, qui présentent une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité à l'exercice de la profession agricole.</p> <p>Les invalides, leurs conjoints et leurs enfants à charge bénéficient des prestations en nature de la présente assurance pour la maladie, la maternité et, lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, pour les accidents qui leur surviennent.</p> <p>Lorsque l'incapacité totale ou la réduction partielle de la capacité à l'exercice de la profession agricole résulte pour partie d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'intéressé peut néanmoins prétendre aux prestations d'invalidité dès lors que cette réduction de capacité ou cette incapacité est imputable pour moins de la moitié à l'accident ou à la maladie professionnelle.</p> <p>Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une incapacité totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Les dispositions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les prestations d'invalidité sont dues aux chefs d'exploitation et d'entreprise, aux aides familiaux et aux associés d'exploitation, mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime, dans le cas où, en raison de son état de santé, l'intéressé est reconnu comme totalement inapte à l'exercice de la profession agricole.</p> <p>Elles sont également allouées aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 et aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime ainsi qu'aux époux coexploitants et aux associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée conformément à l'article L. 324-1 et mentionnés à l'article L. 324-8, qui présentent une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité à l'exercice de la profession agricole.</p> <p>Les invalides, leurs conjoints et leurs enfants à charge bénéficient des prestations en nature de la présente assurance pour la maladie, la maternité et, lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, pour les accidents qui leur surviennent.</p> <p>Lorsque l'incapacité totale ou la réduction partielle de la capacité à l'exercice de la profession agricole résulte pour partie d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'intéressé peut néanmoins prétendre aux prestations d'invalidité dès lors que cette réduction de capacité ou cette incapacité est imputable pour moins de la moitié à l'accident ou à la maladie professionnelle.</p> <p>Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une incapacité totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité, qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à la prestation d'invalidité mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf, qui est calculée, liquidée et servie dans des conditions fixées par décret en conseil d'Etat.</p> <p>Les dispositions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L.732-12-1 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Article L.732-12-1 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande, d'une allocation de remplacement.</p> <p>Pour bénéficier de l'allocation prévue au premier alinéa du présent article, les intéressés doivent se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation.</p> <p>Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, l'allocation de remplacement est attribuée pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale fixée par décret.</p>	<p>Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande, d'une allocation de remplacement.</p> <p>Pour bénéficier de l'allocation prévue au premier alinéa du présent article, les intéressés doivent se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation.</p> <p>Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, l'allocation de remplacement est attribuée pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale fixée par décret.</p>

<p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée maximale d'attribution de la prestation.</p>	<p>Lorsque le remplacement prévu aux alinéas précédents ne peut pas être effectué, les assurés mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 du présent code bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée maximale d'attribution de la prestation l'allocation de remplacement et des indemnités journalières forfaitaires.</p>
<p>Article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Article L.751-1 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>I.- Il est institué un régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles qui s'applique aux salariés agricoles mentionnés à l'article L. 722-20.</p> <p>II.- Bénéficiaire également du présent régime :</p> <p>1° Les élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cet enseignement ou de cette formation ;</p> <p>2° Les personnes ne bénéficiant pas à un autre titre des dispositions du présent chapitre qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social sans caractère lucratif créés au profit des professions agricoles en vertu ou pour l'application d'un texte législatif ou réglementaire, et dont la liste est établie par décret ;</p> <p>3° Les salariés agricoles désignés, en application de l'article L. 992-8 du code du travail, pour siéger dans une commission, un conseil ou un comité administratifs ou paritaires, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions ;</p> <p>4° Les salariés agricoles accomplissant un stage de formation dans les conditions prévues par les articles L. 236-10, L. 434-10 et L. 451-1 du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;</p> <p>5° Les bénéficiaires des allocations mentionnées au 4° de l'article L. 322-4 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;</p> <p>6° Les bénéficiaires des allocations versées au titre de l'article L. 322-3 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reconversion ;</p> <p>7° Les salariés agricoles désignés, dans les conditions définies à l'article L. 225-8 du code du travail, pour siéger dans une instance instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions, dans la mesure où ils ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent article ;</p> <p>8° Les élèves et étudiants des établissements autres que ceux mentionnés au 1° effectuant, auprès d'un employeur relevant du régime agricole, un stage dans les conditions définies à l'article L. 612-8 du code de l'éducation, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études ;</p> <p>9° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant une activité agricole, prescrites dans les conditions fixées au 19° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation ;</p>	<p>I.- Il est institué un régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles qui s'applique aux salariés agricoles mentionnés à l'article L. 722-20.</p> <p>II.- Bénéficiaire également du présent régime :</p> <p>1° Les élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cet enseignement ou de cette formation ;</p> <p>2° Les personnes ne bénéficiant pas à un autre titre des dispositions du présent chapitre qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social sans caractère lucratif créés au profit des professions agricoles en vertu ou pour l'application d'un texte législatif ou réglementaire, et dont la liste est établie par décret ;</p> <p>3° Les salariés agricoles désignés, en application de l'article L. 992-8 du code du travail, pour siéger dans une commission, un conseil ou un comité administratifs ou paritaires, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions ;</p> <p>4° Les salariés agricoles accomplissant un stage de formation dans les conditions prévues par les articles L. 236-10, L. 434-10 et L. 451-1 du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;</p> <p>5° Les bénéficiaires des allocations mentionnées au 4° de l'article L. 322-4 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;</p> <p>6° Les bénéficiaires des allocations versées au titre de l'article L. 322-3 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reconversion ;</p> <p>7° Les salariés agricoles désignés, dans les conditions définies à l'article L. 225-8 du code du travail, pour siéger dans une instance instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions, dans la mesure où ils ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent article ;</p> <p>8° Les élèves et étudiants des établissements autres que ceux mentionnés au 1° effectuant, auprès d'un employeur relevant du régime agricole, un stage dans les conditions définies à l'article L. 612-8 du code de l'éducation, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études ;</p> <p>9° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant une activité agricole, prescrites dans les conditions fixées au 19° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation ;</p> <p>10° Par dérogation aux dispositions du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les personnes effectuant des stages</p>

<p>10° Par dérogation aux dispositions du 2° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions de la sixième partie du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation, lorsque celle-ci est effectuée dans le cadre du plan de professionnalisation permettant de bénéficier des aides au titre de la politique d'installation en agriculture mentionnée à l'article L. 330-1 du présent code, y compris si cette formation est effectuée par des salariés en partie hors du temps de travail dans les conditions fixées par le chapitre Ier du titre II du livre III de la sixième partie du code du travail ;</p> <p>11° Par dérogation aux dispositions de l'article L. 5142-1 du code du travail et du 14° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les personnes exerçant une activité mentionnée à l'article L. 722-1 du présent code et bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique au titre de l'article L. 127-1 du code de commerce ;</p> <p>12° Par dérogation au 17° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail exerçant une activité mentionnée à l'article L. 722-1 du présent code.</p> <p>III.-En ce qui concerne les personnes mentionnées au II, des décrets déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur et fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.</p>	<p>de formation professionnelle continue conformément aux dispositions de la sixième partie du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation, lorsque celle-ci est effectuée dans le cadre du plan de professionnalisation permettant de bénéficier des aides au titre de la politique d'installation en agriculture mentionnée à l'article L. 330-1 du présent code, y compris si cette formation est effectuée par des salariés en partie hors du temps de travail dans les conditions fixées par le chapitre Ier du titre II du livre III de la sixième partie du code du travail ;</p> <p>11° Par dérogation aux dispositions de l'article L. 5142-1 du code du travail et du 14° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les personnes exerçant une activité mentionnée à l'article L. 722-1 du présent code et bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique au titre de l'article L. 127-1 du code de commerce ;</p> <p>12° Par dérogation au 17° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail exerçant une activité mentionnée à l'article L. 722-1 du présent code.</p> <p>13° Les personnes bénéficiaires d'indemnités journalières relevant des articles L. 751-1 et L. 752-1 du présent code et menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues à l'article L. 323-3-1 ou au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale, et à l'article L. 752-5-2 du présent code.</p> <p>III.- En ce qui concerne les personnes mentionnées au II, des décrets déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur et fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.</p>
<p align="center">Article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L. 752-5-2 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil auxquelles la caisse de Mutualité sociale agricole participe, sous réserve qu'après avis du médecin-conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt. La caisse fait part de son accord à l'assuré.</p>	<p>Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil auxquelles la caisse de Mutualité sociale agricole participe, sous réserve qu'après avis du médecin-conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt. La caisse fait part de son accord à l'assuré.</p> <p align="center">Les actions d'accompagnement auxquelles la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article peut participer à la demande de l'assuré comprennent notamment:</p> <p>1° L'essai encadré, organisé selon des modalités définies par décret ;</p> <p>2° La convention de rééducation professionnelle mentionnée à l'article L. 5213-3-1 du code du travail, mise en place à l'issue de l'arrêt de travail et donnant lieu au versement d'indemnités selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.</p> <p align="center">Ces actions se font en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires.</p>
<p align="center">Article L. 752-7 du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L. 752-7 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou l'assuré mentionné au II de l'article L. 752-1 est décédé des</p>	<p>Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou l'assuré mentionné l'assuré mentionné au I ou au II de l'article L. 752-1</p>

<p>suites de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, le conjoint ou le concubin ou la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ainsi que les enfants bénéficient de rentes dans les conditions prévues aux articles L. 434-8 à L. 434-12 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Ces rentes sont déterminées sur la base, selon le cas, du gain forfaitaire annuel ou du pourcentage de ce gain mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 752-6 du présent code, et revalorisées selon les coefficients mentionnés à ce même alinéa.</p>	<p>est décédé des suites de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, le conjoint ou le concubin ou la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ainsi que les enfants bénéficient de rentes dans les conditions prévues aux articles L. 434-8 à L. 434-12 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Ces rentes sont déterminées sur la base, selon le cas, du gain forfaitaire annuel ou du pourcentage de ce gain mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 752-6 du présent code, et revalorisées selon les coefficients mentionnés à ce même alinéa.</p>
<p>Article L. 5213-3-1 du code du travail</p>	<p>Article L. 5213-3-1 modifié du code du travail</p>
<p>I. – La convention de rééducation professionnelle en entreprise est conclue entre l'employeur, le salarié et la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale. Cette convention détermine les modalités d'exécution de la rééducation professionnelle ainsi que le montant et les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale verse au salarié l'indemnité journalière mentionnée au même article L. 323-3-1</p> <p>II. – Lorsque la rééducation professionnelle est assurée par l'employeur du salarié, elle fait l'objet d'un avenant au contrat de travail, qui ne peut modifier la rémunération prévue par celui-ci.</p> <p>III.– Lorsque le salarié présente sa démission mentionnée à l'article L. 1237-1 à l'issue d'une rééducation professionnelle afin d'être embauché par une autre entreprise, il continue à bénéficier, le cas échéant, de l'indemnité mentionnée à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque l'entreprise mentionnée au premier alinéa du présent III a assuré la rééducation professionnelle et que l'embauche est effectuée dans un emploi similaire à celui occupé par le salarié pendant la période de rééducation, la durée de la mise à disposition est intégralement déduite de la période d'essai.</p> <p>IV. – Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.»</p>	<p>I. – La convention de rééducation professionnelle en entreprise est conclue entre l'employeur, le salarié et la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale ou la caisse de mutualité sociale agricole. Cette convention détermine les modalités d'exécution de la rééducation professionnelle ainsi que le montant et les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale ou la caisse de mutualité sociale agricole verse au salarié l'indemnité journalière mentionnée au même article L. 323-3-1 ou à l'article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime selon le cas.</p> <p>II. – Lorsque la rééducation professionnelle est assurée par l'employeur du salarié, elle fait l'objet d'un avenant au contrat de travail, qui ne peut modifier la rémunération prévue par celui-ci.</p> <p>III - Lorsque le salarié présente sa démission mentionnée à l'article L. 1237-1 à l'issue d'une rééducation professionnelle afin d'être embauché par une autre entreprise, il continue à bénéficier, le cas échéant, de l'indemnité mentionnée à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque l'entreprise mentionnée au premier alinéa du présent III a assuré la rééducation professionnelle et que l'embauche est effectuée dans un emploi similaire à celui occupé par le salarié pendant la période de rééducation, la durée de la mise à disposition est intégralement déduite de la période d'essai.</p> <p>IV. – Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.</p>

Article 49 – Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires

I. Présentation de la mesure

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

L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a créé un service public d'intermédiation financière des pensions alimentaires (IFPA), géré par l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (ARIPA)¹.

Le principe du dispositif d'intermédiation financière déployé depuis quelques mois est que le parent débiteur d'une pension alimentaire verse mensuellement le montant de la pension à l'ARIPA, qui se charge ensuite de la reverser au parent créancier. Tout manquement du parent débiteur à ses obligations fait l'objet de pénalités et entraîne, dès le premier impayé, le recouvrement de la pension par l'agence.

L'esprit de cette réforme est de passer d'une logique de recouvrement à une logique de prévention des impayés. Il s'agit pour l'ARIPA de détecter plus rapidement les impayés, d'engager immédiatement la procédure de recouvrement et, dans l'attente, de verser au parent isolé l'allocation de soutien familial (ASF) d'un montant d'environ 116 € par enfant.

Ce nouveau service est ouvert à tous les parents séparés qui le souhaitent depuis le 1er octobre 2020 en cas d'impayé de pensions alimentaires et depuis le 1er janvier 2021, dans tous les cas, que les parents soient victimes d'impayé ou non. Il doit faire l'objet d'une demande de la part d'au moins un des parents séparés, auprès de l'ARIPA ou d'un professionnel de justice.

En dépit des actions de communication engagées auprès des usagers et des professionnels de la justice, la montée en charge demeure très progressive, en retrait par rapport aux objectifs fixés dans le cadre du suivi de cette réforme prioritaire (230 000 familles bénéficiant d'une intermédiation de la pension alimentaire fin 2022).

Cet état de fait reflète notamment une montée en charge peu dynamique concernant les demandes transmises par les professionnels du droit à la suite d'une décision de justice ou de l'établissement d'une convention de divorce par consentement mutuel fixant le montant d'une pension alimentaire. Ainsi, à mi-juillet 2021, sur les 37 168 demandes reçues par l'ARIPA, 473 démarches ont été transmises par les professionnels du droit :

- les juridictions ont transmis l'intégralité de ces 473 demandes au 1^{er} septembre 2021.
- s'agissant des avocats, aucune demande n'a été transmise.
- s'agissant enfin des notaires, aucune demande n'a été transmise, de manière plus logique puisque leur sollicitation par les parents séparés pour la fixation de pensions alimentaires dans un titre exécutoire est rare.

Il apparaît ainsi nécessaire d'amplifier la mesure adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 en systématisant davantage le recours à l'intermédiation, réforme prioritaire qui constitue une avancée importante pour les familles monoparentales, en particulier quand elles sont précaires.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à rendre de droit et automatique le mécanisme d'intermédiation financière, en s'inspirant du dispositif adopté au Québec. Le dispositif d'intermédiation québécois s'applique automatiquement à toutes les pensions issues d'un jugement, sauf si les deux parents donnent conjointement leur accord pour que soit effectué le paiement sans intermédiation à tout moment de la procédure de divorce ou de fixation ou modification de la pension alimentaire pour les parents non mariés ou postérieurement au divorce.

Le mécanisme s'appliquerait au flux des titres exécutoires fixant une pension alimentaire versée au titre d'un enfant, c'est-à-dire lorsque la pension est fixée par une décision du juge aux affaires familiales, une convention de divorce par consentement mutuel établie par un avocat devant notaire, un acte unilatéral établi par un notaire ou un titre délivré par l'ARIPA sur demande de l'un ou des parents. Le titre exécutoire serait transmis automatiquement par le greffier de la juridiction, l'avocat ou le notaire à l'ARIPA, afin qu'elle mette en place le versement de la pension par son intermédiaire. Dans les situations en nombre limité où le titre est rendu exécutoire par l'ARIPA, la mise en place de l'IFPA serait par construction mise en œuvre de manière automatique par l'agence, qui recueillerait simplement l'information que les deux parents ne s'y opposent pas. Les parents séparés n'auraient ainsi plus à formuler de demande auprès de l'ARIPA ou d'un professionnel de justice pour bénéficier du dispositif comme prévu actuellement par les textes.

Les parents auront toutefois la possibilité de refuser la mise en place de l'intermédiation financière auprès d'un professionnel de justice à tout moment de la procédure judiciaire, ou lors du passage devant l'avocat ou le notaire, en fonction de leur modalité de séparation. Ce refus devrait alors être explicitement mentionné dans le titre fixant la pension alimentaire pour que l'IFPA soit écartée, ce qui implique que les professionnels du droit (avocats, JAF) auront un rôle

¹ La mise en œuvre du service public des pensions alimentaires ne s'est pas accompagné de la création d'un nouvel organisme puisque l'ARIPA est un service national sans personnalité juridique morale, qui s'appuie sur un réseau de caisses pivots composé de 24 caisses d'allocations familiales (CAF) et d'une caisse de mutualité sociale agricole (MSA).

dans un tel schéma d'information sur la nécessité pour ne pas mettre en place l'IFPA de le prévoir explicitement si cet évitement fait consensus entre les parents. A titre exceptionnel, le juge aura également la possibilité, même d'office, d'écarter la mise en place de l'IFPA lorsqu'il estime que la situation de l'une des parties (notamment lorsque le débiteur ou le créancier réside à l'étranger) ou les modalités d'exécution de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sont incompatibles avec celle-ci.

La systématisation du recours à l'intermédiation devrait permettre à l'ARIPA de détecter plus en amont les situations d'impayé, d'intervenir plus rapidement pour déclencher le versement de l'allocation de soutien familial et pour enclencher les procédures de recouvrement. La mise en œuvre de la mesure pourrait s'appliquer à l'ensemble des flux des titres exécutoires ou, tel que cela est ici proposé, progressivement, avec une entrée en vigueur progressive sur les prochaines années compte tenu de la volumétrie conséquente à absorber.

La répartition annuelle des titres exécutoires délivrés est la suivante :

- 141 648 décisions émanant d'un juge (chiffres 2019 fournis par le ministère de la Justice), parmi lesquelles 35 003 jugements de divorce avec enfants
- 35 000 conventions de divorce par consentement mutuel établies par les avocats ;
- 500 titres délivrés par l'ARIPA.

b) Autres options possibles

Les dispositions actuelles prévoyant d'ores et déjà la mise en place de l'intermédiation financière à la demande de l'un des parents, il n'y a pas d'autre option possible que la systématisation du service public des pensions alimentaires au flux des nouveaux titres.

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

La mesure a sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application de la disposition du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, puisqu'elle a un effet sur les dépenses de la branche famille au titre des exercices à venir.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

[La mesure nécessite également une consultation du comité technique spécial de service placé auprès du directeur des services judiciaires (CTSJ), ainsi que de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)].

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure 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

Les articles modifiés dans le cadre de la mesure figurent dans le code de la sécurité sociale, le code civil et le code pénal.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure ne nécessite pas d'abroger des dispositions.

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

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

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

L'impact financier porte principalement sur l'augmentation des bénéficiaires de l'ASF recouvrable et de l'ASF complémentaire, évalué à 2 M€ en 2022 avec une montée en charge progressive atteignant 59 M € en 2025. La CNAF sera en effet amenée, avec l'intermédiation financière obligatoire, à mieux connaître les situations d'impayés de pension alimentaire d'une part, et les situations où le montant de la pension est inférieur au montant de l'ASF (ouvrant droit à l'ASF complémentaire) d'autre part, qui permet de compléter le montant de pension fixée par le juge au niveau du montant de l'ASF.

L'estimation s'appuie sur le nombre annuel de titres émanant des professionnels de justice, fourni par le ministère de la justice, soit 141 648 décisions émanant d'un juge parmi lesquelles 35 003 décisions de divorce avec enfants, ainsi que 35 000 conventions de divorce par consentement mutuel établie par les avocats et 500 titres délivrés par l'ARIPA.

Elle s'appuie par ailleurs sur la montée en charge indiquée *supra* : en 2022, les seuls jugements de divorce fixant une pension alimentaire sont inclus dans le dispositif ; en 2023 s'y ajoutent l'ensemble des autres titres.

Afin d'évaluer le nombre de nouveaux bénéficiaires de l'ASF parmi les dossiers entrant dans le dispositif d'intermédiation, l'hypothèse retenue (conventionnelle, en l'absence de données fiables sur le taux d'impayés de l'ensemble des pensions alimentaires) est que 10% des dossiers connaissent des incidents de paiement et que 10% des dossiers ouvrent droit à l'ASF complémentaire.

L'impact budgétaire est évalué en multipliant le nombre de dossiers avec impayés d'une part (soit 10% du volume global) et le nombre de dossiers ouvrant droit à l'ASF complémentaires (soit 10% du volume global) respectivement par le montant d'ASFR moyen (pour les premiers) et par le montant d'ASF complémentaire moyen (pour les seconds) sur l'année.

La monoparentalité ayant une durée moyenne de 3,1 ans, la durée moyenne de versement de l'ASF retenue pour le chiffreage est, par simplification, de 3 ans.

Par ailleurs, une partie des montants versés par l'ARIPA au titre de l'ASF étant récupérés, une hypothèse où le taux de recouvrement croît à 44% a été retenue (notamment du fait de l'amélioration du taux de recouvrement lié à l'intermédiation). Dans les deux cas, il est fait l'hypothèse que la moitié de la somme est récupérée en année N et l'autre moitié en année N+1 (du fait d'un délai de prescription de créance de 2 ans).

A noter, concernant l'année de montée en charge, que les nouveaux bénéficiaires d'une année se voient ouvrir des droits au fil des mois (par convention, 1/12 des bénéficiaires bénéficie de la pension toute l'année, 1/12 sur 11 mois, etc.). Au global, pendant l'année de montée en charge, le coût correspond donc à 54% de ce qui est observé sur une année pleine.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille		- 2	- 19	- 41	- 59
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					

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

a) Impacts économiques

En systématisant le recours à l'IFPA, la mesure contribue à garantir les ressources des familles liées aux pensions alimentaires. En cas de survenue d'impayé, ces ressources pourront être récupérées plus rapidement par l'ARIPA et l'ASF pourra être versée à titre d'avance aux parents isolés. La mesure contribue ainsi à soutenir le pouvoir d'achat des parents créanciers de pension alimentaire et a donc des effets redistributifs envers eux.

b) Impacts sociaux

- L'intermédiation financière est un instrument de lutte contre la précarité et de soutien du pouvoir d'achat, dans la mesure où elle contribue à sécuriser chaque mois le versement de la pension alimentaire aux parents créanciers. Systématiser le recours à ce dispositif est donc une mesure de soutien aux familles fragilisées par une situation de séparation.

• Impact sur les jeunes

La mesure contribue à responsabiliser les parents débiteurs de pension alimentaire dans l'exercice de leur responsabilité parentale, en les obligeant à faire face à l'obligation d'entretien de leur enfant.

• 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

La systématisation du paiement intermédié permettra de lutter plus efficacement contre les impayés de pension alimentaire, qui grèvent les budgets des parents créanciers, en particulier lorsqu'ils sont isolés. Cette mesure apporte ainsi un soutien aux familles monoparentales, parmi lesquelles les femmes sont surreprésentées. On estime en effet que 85% des foyers monoparentaux sont constitués d'une femme et d'un ou plusieurs enfants.

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 simplifiera les démarches des parents séparés puisqu'ils n'auront plus besoin de demander la mise en place de l'intermédiation financière, qui sera mise en place de droit. Les jugements ou conventions de divorce ou de séparation prévoyant une pension alimentaire seront transmis directement à l'ARIPA par les émetteurs.

En cas d'impayé, les parents séparés pourront également bénéficier plus rapidement de l'intervention de l'ARIPA, qui pourra déclencher le versement de l'allocation de soutien familial et les procédures de recouvrement.

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

Si la mise en œuvre de la mesure ne nécessitera pas de nouveaux travaux majeurs d'adaptation des systèmes d'information des caisses, ceux-ci ayant été réalisés ou planifiés dans le cadre de la mise en œuvre de la LFSS pour 2020, elle nécessitera toutefois un suivi attentif de la mise en place des outils SI dans le calendrier prévisionnel défini (notamment l'outil de recouvrement et le téléservice pour tous).

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

L'impact sur l'organisation et la charge de travail des caisses pivots de l'ARIPA (CAF, MSA) sera important, à travers une augmentation significative du nombre de dossiers d'intermédiation financière et de recouvrement à traiter, ainsi qu'une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'allocation de soutien familial. L'estimation des besoins en ETP des caisses s'appuie sur le nombre de titres que sera amenée à gérer l'ARIPA : titres émanant des professionnels de justice, fourni par le ministère de la justice, soit 141 648 décisions dont 35 003 décisions de divorce avec enfants, 35 000 conventions de divorce par consentement mutuel et 500 titres délivrés par l'ARIPA. Elle est basée sur la montée en charge indiquée *supra* : en 2022, les seuls jugements de divorce fixant une pension alimentaire sont inclus dans le dispositif ; en 2023 s'y ajoutent l'ensemble des autres titres.

La mesure présente par ailleurs un impact budgétaire pour le ministère de la justice. La transmission des données par les greffes sur le portail ARIPA pour chaque dossier d'IFPA par lettre simple comporte en effet des coûts d'affranchissement

- Phase 1 : prise d'effet au 1^{er} mars 2022 pour les décisions judiciaires de divorce

Dans l'hypothèse où 35 003 décisions de divorce feront l'objet d'un dispositif d'IFPA sans opposition des parties et que 10% des notifications seront infructueuses, la charge de travail du greffe est estimée à 8,3 ETP au national (2,6 + 0,2 + 3,7 + 1,9).

Dans l'hypothèse où 35 003 décisions de divorce feront l'objet d'un dispositif d'IFPA sans opposition des parties et que 50% des notifications seront infructueuses, la charge de travail du greffe est estimée à 9,1 ETP au national (2,6 + 0,9 + 3,7 + 1,9).

En termes budgétaire, s'agissant de la notification aux parties par LRAR concernant uniquement les décisions de divorce, les coûts d'affranchissement seraient les suivants : 35 003 * (6,4 € correspondant au coût de la LRAR de plus de 20g + 1,15 € correspondant au coût de l'avis de réception) = 265 K€.

S'agissant de la signification en cas de notification infructueuse concernant uniquement les décisions de divorce les coûts d'affranchissement seraient les suivants : de 20 k€ à 112 K€

Enfin, l'impact de l'envoi des dossiers aux CAF est estimé à 224 K€.

- Phase 2 : prise d'effet au 1^{er} janvier 2023 pour toutes les autres décisions et homologations judiciaires

S'agissant des décisions après/hors divorce, 2 étapes sont identifiées concernant la charge de travail du greffe :

- la transmission des données sur le portail de l'ARIPA pour chaque dossier avec IFPA (estimé à 10 minutes par dossier) ;
- le temps d'édition de l'extrait exécutoire et transmission papier des jugements à l'ARIPA (estimé à 5 minutes par dossier) : ce traitement concerne toutes les décisions.

Dans l'hypothèse où 106 645 décisions après et hors de divorce feront l'objet d'un dispositif d'IFPA sans opposition des parties, la charge de travail du greffe est estimée à 17 ETP au national (11,3 + 5,7).

Les décisions après et hors divorce concernant une pension alimentaire ne peuvent être distinguées car les codes NAC utilisés comprennent à la fois les décisions hors mariage, après divorce et séparation de corps.

En termes d'impact budgétaire, s'agissant de la transmission des données sur le portail de l'ARIPA pour chaque dossier avec IFPA par lettre simple, les coûts d'affranchissement seraient les suivants : 141 645 * 6,4 = 683 K€.

hypothèse 1		2022		2023	
		ETPT	BUDGET	ETPT	BUDGET
	Hypothèse basse	8,3	508 291,00 €	17	682 528,00 €
	Hypothèse haute	9,1	600 291,00 €		

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.

Une modification des décrets d'application de l'article 72 de la LFSS pour 2020 (DCE et DS), codifiés dans le code de la sécurité sociale et le code de procédure civile, sera nécessaire pour prévoir les modalités d'application de l'IFPA automatique ainsi que les modalités de refus conjoint des parents.

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) L'entrée en vigueur de la mesure est progressive afin de lisser la montée en charge pour les juridictions comme pour les caisses (CAF / MSA) : elle s'appliquera au 1er mars 2022 pour les seuls jugements de divorce fixant une pension alimentaire et au 1er janvier 2023 s'y ajouteront l'ensemble des autres titres.

d) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les parents séparés pourront être informés de la mesure via les campagnes de communication de l'ARIPA, du MSS et du Ministère de la justice.

e) Suivi de la mise en œuvre

L'IFPA fait l'objet d'un suivi dans le cadre des réformes prioritaires du Gouvernement. Dans ce cadre, est notamment fixé un objectif chiffré en termes de nombre de familles bénéficiant d'une pension intermédiée.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

373-2-2 code civil actuel	373-2-2 code civil modifié
<p>I. - En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire versée, selon le cas, par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié.</p> <p>Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par :</p> <p>1° Une décision judiciaire ;</p> <p>2° Une convention homologuée par le juge ;</p> <p>3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;</p> <p>4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;</p> <p>5° Une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.</p> <p>Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.</p> <p>II. - Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :</p> <p>1° Sur décision du juge, même d'office, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ;</p> <p>2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;</p> <p>3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I.</p> <p>Sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.</p> <p>Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Il en est de même dans le cas mentionné au 2° du même I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise également les éléments strictement nécessaires, incluant le cas échéant le fait que l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1° du présent II, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes</p>	<p>I. - En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire versée, selon le cas, par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié.</p> <p>Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par :</p> <p>1° Une décision judiciaire ;</p> <p>2° Une convention homologuée par le juge ;</p> <p>3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;</p> <p>4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;</p> <p>5° Une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.</p> <p>Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.</p> <p>II. - Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :</p> <p>1° Sur décision du juge, même d'office, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ;</p> <p>2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;</p> <p>3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I.</p> <p>Sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.</p> <p>Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier est mis en place pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile.</p> <p>Toutefois, l'intermédiation n'est pas mise en place dans les cas suivants :</p> <p>1° En cas de refus des deux parents, ce refus devant être mentionné dans les titres mentionnés au I et pouvant, lorsque la pension est fixée dans un titre</p>

<p>débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du même I, ainsi que les modalités de leur transmission.</p>	<p>mentionné au 1° du I, être exprimé à tout moment de la procédure.</p> <p>2° A titre exceptionnel, lorsque le juge estime, par décision spécialement motivée, le cas échéant d'office, que la situation de l'une des parties ou les modalités d'exécution de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sont incompatibles avec sa mise en place.</p> <p>Lorsqu'elle est mise en place, il est mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents, adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.</p> <p>Les deuxième, troisième et cinquième alinéas du présent II ne sont pas applicables lorsque l'une des parties fait état, dans le cadre de la procédure conduisant à l'émission d'un des titres mentionnés au I, de ce que le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque l'une des parties produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice concernant le parent débiteur, mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif. » ;</p> <p>III.- Lorsque le versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier n'a pas été mis en place ou qu'il y a été mis fin, l'intermédiation financière est mise en œuvre à la demande d'au moins l'un des deux parents auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales, selon les modalités prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que la pension soit fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I.</p> <p>Lorsque l'intermédiation financière a été écartée en application du quatrième alinéa du II, son rétablissement est demandé devant le juge, qui apprécie l'existence d'un élément nouveau.</p> <p>IV.- Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Il en est de même dans le cas mentionné au 2° du même I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière. Un décret en Conseil d'Etat précise également les éléments strictement nécessaires, incluant le cas échéant le fait que l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1° du présent II l'une des parties a fait état ou a produit les informations et éléments mentionnés au dernier alinéa du II, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du même I, ainsi que les modalités de leur transmission.</p>
---	---

Article L. 582-1 CSS actuel	Article L. 582-1 CSS modifié
<p>I. - Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes. Cette intermédiation est mise en œuvre :</p> <p>1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsqu'elle est prévue par un titre mentionné au même II ;</p> <p>2° A défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire. Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :</p> <p>a) Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;</p> <p>b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue au même article L. 512-1 ;</p> <p>c) Le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, hors le cas où cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil. Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II. - Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de l'informer de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées au premier alinéa du présent II.</p> <p>Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité, qui ne peut excéder le montant de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixé en application de l'article L. 551-1, et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret. En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées dans un délai fixé par décret, la pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.</p> <p>III. - Le parent débiteur est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier à compter de la date de mise en œuvre effective de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.</p> <p>IV. - Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.</p> <p>Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.</p>	<p>I. - Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes. Cette intermédiation est mise en œuvre :</p> <p>1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsqu'elle est prévue par un titre mentionné au même II ;</p> <p>2° A défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.</p> <p>1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre lors de la fixation de la pension alimentaire par un titre mentionné au même II ;</p> <p>2° A défaut, dans les conditions définies au III du même article 373-2-2.</p> <p>Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :</p> <p>a) Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;</p> <p>b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue au même article L. 512-1 ;</p> <p>c) Le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, hors le cas où cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil la circonstance qu'il a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou de l'enfant, ou que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur.</p> <p>Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II. - Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de l'informer de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées au premier alinéa du présent II.</p> <p>Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité, qui ne peut excéder le montant de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixé en application de l'article L. 551-1, et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret. En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées dans un délai fixé par décret, la pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.</p> <p>III. - Le parent débiteur est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier à compter de la date de mise en œuvre effective</p>

<p>V. - Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.</p> <p>VI. - En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation, la créance fait l'objet d'un recouvrement par cet organisme dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées. Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les montants de pension alimentaire versés à tort par son intermédiaire.</p> <p>VII. - L'intermédiation financière cesse :</p> <p>1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;</p> <p>2° A la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;</p> <p>3° Lorsque qu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;</p> <p>4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire, sauf dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.</p> <p>La qualification du parent débiteur comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière, sauf lorsque cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.</p> <p>VIII. - L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.</p> <p>La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6 du présent code.</p> <p>IX. - Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière.</p>	<p>de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.</p> <p>IV. - Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation L'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.</p> <p>Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.</p> <p>V. - Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.</p> <p>VI. - En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation, la créance fait l'objet d'un recouvrement par cet organisme dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées. Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les montants de pension alimentaire versés à tort par son intermédiaire.</p> <p>VII. - L'intermédiation financière cesse :</p> <p>1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;</p> <p>2° A la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ou lorsque la pension alimentaire cesse d'être exigible ;</p> <p>3° Lorsque qu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;</p> <p>4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire, sauf dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil lorsque l'une des parties a fait état, dans le cadre de la procédure ayant conduit à l'émission d'un des titres mentionnés au I de l'article 373-2-2 du code civil, de ce que le parent débiteur avait fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou a produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice concernant le parent débiteur, mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif.</p> <p>La qualification du parent débiteur comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière, sauf lorsque cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil la circonstance qu'il a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur.</p>
--	--

	<p>VIII. - L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.</p> <p>La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6 du présent code.</p> <p>IX. - Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière.</p>
Article L. 581-4 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 581-4 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Le titulaire de la créance est tenu de communiquer à l'organisme débiteur des prestations familiales les renseignements qui sont de nature à faciliter le recouvrement de la créance.</p> <p>Le titulaire de la créance peut à tout moment renoncer à percevoir l'allocation de soutien familial. L'organisme débiteur demeure subrogé aux droits du titulaire de la créance jusqu'au recouvrement complet du montant des sommes versées dans les conditions fixées à l'article L. 581-2.</p> <p>L'organisme débiteur de prestations familiales peut suspendre le versement de l'allocation de soutien familial en cas de refus par le créancier d'aliments de donner le pouvoir spécial de saisie en matière immobilière.</p> <p>Lorsque le débiteur reprend le service de sa dette, cette dernière peut être acquittée directement au parent créancier, avec l'accord de l'organisme débiteur de prestations familiales.</p>	<p>Le titulaire de la créance est tenu de communiquer à l'organisme débiteur des prestations familiales les renseignements qui sont de nature à faciliter le recouvrement de la créance.</p> <p>Le titulaire de la créance peut à tout moment renoncer à percevoir l'allocation de soutien familial. L'organisme débiteur demeure subrogé aux droits du titulaire de la créance jusqu'au recouvrement complet du montant des sommes versées dans les conditions fixées à l'article L. 581-2.</p> <p>L'organisme débiteur de prestations familiales peut suspendre le versement de l'allocation de soutien familial en cas de refus par le créancier d'aliments de donner le pouvoir spécial de saisie en matière immobilière.</p> <p>Lorsque le débiteur reprend le service de sa dette, cette dernière peut être acquittée directement au parent créancier, avec l'accord de l'organisme débiteur de prestations familiales <u>sauf lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre, en application de l'article L. 582-1.</u></p>
Article 227-3 actuel du code pénal	Article 227-3 du code pénal modifié
<p>Le fait, pour une personne, de ne pas exécuter une décision judiciaire ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil lui imposant de verser au profit d'un enfant mineur, d'un descendant, d'un ascendant ou du conjoint une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature dues en raison de l'une des obligations familiales prévues par le code civil, en demeurant plus de deux mois sans s'acquitter intégralement de cette obligation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.</p> <p>Les infractions prévues par le premier alinéa du présent article sont assimilées à des abandons de famille pour l'application du 3° de l'article 373 du code civil.</p>	<p>Le fait, pour une personne, de ne pas exécuter une décision judiciaire ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil lui imposant de verser au profit d'un enfant mineur, d'un descendant, d'un ascendant ou du conjoint une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature dues en raison de l'une des obligations familiales prévues par le code civil, en demeurant plus de deux mois sans s'acquitter intégralement de cette obligation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.</p> <p>Lorsque l'intermédiation financière des pensions alimentaires est mise en œuvre dans les conditions prévues aux II à IV de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, le fait pour le parent débiteur de demeurer plus de deux mois sans s'acquitter intégralement des sommes dues entre les mains de l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation, est puni des mêmes peines.</p>

	Les infractions prévues par le premier alinéa du présent article sont assimilées à des abandons de famille pour l'application du 3° de l'article 373 du code civil.
Article 227-4 du code pénal	Article 227-4 du code pénal modifié
Le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3 , à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature, de ne pas notifier son changement de domicile au créancier ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de ce changement, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.	<p>Le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature, de ne pas notifier son changement de domicile au créancier ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de ce changement, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.</p> <p>Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende, le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature :</p> <p>1° De ne pas notifier son changement de domicile au créancier ou, lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, à l'organisme débiteur des prestations familiales, dans un délai d'un mois à compter de ce changement ;</p> <p>2° Lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'articles 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, de s'abstenir de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales, les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et d'informer cet organisme de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre.</p>

Article 50 – Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

I. Présentation de la mesure

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

L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a créé au 1^{er} janvier 2020 le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, qui poursuit les objectifs suivants :

- Homogénéiser l'instruction des demandes de reconnaissance des maladies professionnelles liées aux pesticides, en particulier lorsqu'elles impliquent, pour les maladies non inscrites dans les tableaux de maladies professionnelles ou n'en remplissant pas les conditions, un examen individuel du lien de causalité ;
- Améliorer le niveau de réparation des exploitants agricoles victimes d'une maladie professionnelle liée aux pesticides, en l'alignant partiellement sur celui, plus favorable, des salariés du régime général et des salariés agricoles ;
- Elargir l'indemnisation à des personnes auparavant non couvertes, soit les exploitants agricoles retraités avant la création de l'assurance AT-MP obligatoire au 1^{er} avril 2002 et les enfants victimes d'une exposition prénatale aux pesticides du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents.

La mise en œuvre du dispositif, pleinement opérationnel depuis la publication des textes d'application (en particulier le décret du 27 novembre 2020 relatif à l'indemnisation des victimes de pesticides) et la constitution en son sein des instances chargées de l'instruction des demandes, a permis une amélioration du recours au droit (avec près de 380 demandes déposées entre le 1^{er} janvier 2020 et le 22 juin 2021, contre 70 par an environ au cours des années précédentes). Toutefois, elle a aussi mis en évidence des difficultés et pistes d'amélioration, qui font l'objet de la présente mesure.

- **Elargissement du fonds aux médicaments vétérinaires antiparasitaires**

Le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides couvre à la fois les produits phytopharmaceutiques et les biocides qui, tous deux destinés à lutter contre les organismes nuisibles, présentent des effets sur la santé analogues – et sont d'ailleurs souvent composés des mêmes substances. Le périmètre du fonds est ainsi cohérent avec celui de la réglementation européenne, et plus précisément de la directive 2009/128 du 21 octobre 2009, qui englobe dans la définition des pesticides (article 10) tant les produits phytopharmaceutiques que les biocides.

Les médicaments antiparasitaires vétérinaires poursuivent quant à eux un objectif de traitement des animaux malades, distinct de celui des produits phytopharmaceutiques et des biocides. Par ailleurs, ils relèvent d'une réglementation spécifique, reposant notamment sur le règlement n°726/2004 du 31 mars 2004.

Aussi, les expositions professionnelles aux antiparasitaires vétérinaires ne donnent pas lieu jusqu'à présent (sauf si elles sont combinées à l'utilisation d'autres pesticides, ce qui est la situation la plus fréquente) à réparation dans le cadre du fonds pesticides. Cette exclusion pose des difficultés, en premier lieu, quant à la lisibilité du dispositif – dans la mesure notamment où les médicaments antiparasitaires vétérinaires, tout en étant exclus du périmètre du fonds d'indemnisation, sont mentionnés dans les tableaux de maladies professionnelles dédiés aux pesticides du régime agricole. En effet, le périmètre d'indemnisation varie selon le régime de sécurité sociale de l'assuré et/ou la nature son exposition :

- Les salariés du régime général exposés aux médicaments antiparasitaires vétérinaires ne bénéficient pas, par construction, des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, et ne peuvent donc voir leur demande instruite qu'au titre de la procédure dite « hors tableaux », prévue pour les pathologies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles ; compte tenu de l'exclusion des antiparasitaires vétérinaires du périmètre du fonds d'indemnisation, la demande de reconnaissance n'est pas instruite par ce dernier, mais par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou caisse générale de sécurité sociale (CGSS) dont relève l'assuré – sans qu'il puisse bénéficier de l'harmonisation que permet le fonds d'indemnisation ;
- Les travailleurs agricoles (hors exploitants agricoles retraités avant la création du régime AT-MP obligatoire au 1^{er} avril 2002) peuvent bénéficier d'une instruction de leur demande dans le cadre de leur régime AT-MP de droit commun, sur la base des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole dédiés aux pesticides, mais ne peuvent relever du fonds d'indemnisation ; aussi, ils ne bénéficient ni de l'harmonisation de l'instruction des demandes permise par le fonds ni, s'agissant des exploitants agricoles, de l'amélioration de la réparation prévue dans le cadre du fonds ;
- Les exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002 et les enfants exposés durant la période prénatale, qui n'étaient pas couverts avant la création du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, n'ont droit à aucune indemnisation en cas d'exposition aux seuls médicaments antiparasitaires vétérinaires.

L'exclusion des médicaments antiparasitaires vétérinaires du périmètre du fonds d'indemnisation soulève par ailleurs des difficultés en termes d'équité de traitement. En effet, il apparaît, après expertise de l'état actuel des connaissances scientifiques, que les médicaments antiparasitaires vétérinaires présentent des effets sur la santé analogues à ceux des autres pesticides. En particulier, l'expertise collective de l'INSERM de 2013 concernait l'ensemble des pesticides, sans distinction entre les antiparasitaires vétérinaires, les biocides et les produits phytopharmaceutiques ; d'ailleurs, les substances qui les composent sont souvent identiques, et seule leur utilisation détermine leur classement dans l'une ou l'autre des catégories de pesticides.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, qui ressortent de l'analyse conduite par le Gouvernement suite à l'adoption dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 d'une disposition prévoyant la remise d'un rapport sur le

périmètre du fonds, comparé à celui des tableaux de maladies professionnelles dédiés aux pesticides du régime agricole, il est proposé d'étendre le champ du fonds d'indemnisation aux médicaments antiparasitaires vétérinaires. Cette mesure nécessite la modification de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale, qui définit le périmètre du fonds d'indemnisation.

- **Prolongation et assouplissement du dispositif de rattrapage**

Les demandes d'indemnisation des personnes exposées du fait de leur activité professionnelle peuvent être déposées auprès du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides selon les modalités de droit commun prévues par les régimes AT-MP, soit dans un délai de deux ans à compter de l'établissement du certificat médical établissant le lien potentiel entre la pathologie et le travail habituel de la victime (dit « certificat médical initial »). S'agissant des enfants victimes d'une exposition prénatale aux pesticides, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents, ils (ou leurs parents, s'ils sont mineurs) peuvent déposer une demande dans les dix ans suivant la consolidation du dommage.

Afin d'ouvrir droit plus largement au fonds d'indemnisation, notamment pour les personnes qui n'étaient précédemment pas couvertes (exploitants agricoles retraités avant la création du régime AT-MP obligatoire au 1^{er} avril 2002, enfants exposés durant la période prénatale), l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a mis en place un dispositif dit « de rattrapage » qui permet de déroger aux règles de droit commun prévues dans le cadre du fonds.

Ainsi, jusqu'au 31 décembre 2021, peuvent déposer une demande auprès du fonds :

- Les personnes exposées dans le cadre de leur activité professionnelle, quand bien même leur certificat médical initial aurait été établi plus de deux ans auparavant (avant le 31 décembre 2019) ; pour les salariés du régime général et les travailleurs agricoles, hors exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002, la loi prévoit une condition liée à la date du certificat médical initial, ce dernier devant avoir été établi après le 1^{er} janvier 2010 ;
- Les enfants exposés pendant la période prénatale, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents, quand bien même le dommage aurait été consolidé plus de dix ans auparavant.

A compter du 1^{er} janvier 2022, les règles de droit commun doivent s'appliquer, conduisant ainsi les victimes à déposer une demande, selon le cas, dans un délai de deux ans suivant la date d'établissement du certificat médical initial ou dans un délai de dix ans suivant la consolidation du dommage.

Or, la publication tardive des textes d'application (en particulier le décret du 27 novembre 2020 relatif à l'indemnisation des victimes de pesticides), si elle n'a pas fait obstacle à l'instruction des demandes de manière rétroactive, a conduit à reporter l'ouverture du site Internet et de la plateforme téléphonique, permettant d'informer les victimes et de les accompagner dans leurs démarches. Les effets du dispositif de rattrapage ont pu s'en trouver limités en 2020 (même si les statistiques montrent une augmentation importante du taux de recours par rapport à la période précédente). Par ailleurs, l'hétérogénéité des conditions d'accès au dispositif de rattrapage, pour les personnes exposées du fait de leur activité professionnelle – même si elle peut se justifier par le fait que les salariés du régime général et les travailleurs agricoles, hors exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002 ont déjà pu bénéficier d'une indemnisation dans les années 2010, y compris si leur certificat médical initial était antérieur, notamment au moment de la création des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole dédiés aux pesticides – peut atténuer la lisibilité du dispositif de rattrapage, et en exclure certains assurés dont le certificat médical initial aurait été établi avant le 1^{er} janvier 2010.

Aussi, il est proposé de prolonger d'un an, soit jusqu'au 31 décembre 2022, le dispositif de rattrapage – et, par conséquent, de reporter au 1^{er} janvier 2023 la date de bascule vers les délais de prescription de droit commun prévus par la loi. Le dispositif est par ailleurs assoupli pour les salariés du régime général et les travailleurs agricoles, qui pourront, jusqu'au 31 décembre 2022, déposer une demande d'indemnisation dès lors que leur certificat médical initial a été établi avant le 31 décembre 2019 (y compris s'il a été établi avant le 1^{er} janvier 2010).

Par ailleurs, s'agissant des enfants, dont la demande d'indemnisation doit être déposée dans le cadre du droit commun dans un délai de dix ans suivant la date de consolidation de l'état de santé, il apparaît nécessaire de laisser ouverte la possibilité de saisir le fonds jusqu'au 31 décembre 2022 dans le cadre de la prolongation du dispositif de rattrapage, dans toutes les hypothèses pour lesquelles la consolidation interviendrait avant le 1^{er} janvier 2013, les consolidations ultérieures relevant de l'application du délai de saisine de droit commun hors dispositif de rattrapage.

Cette mesure nécessite une modification de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui détermine les modalités du dispositif de rattrapage.

- **Application des tableaux de maladies professionnelles aux salariés agricoles à l'outre-mer**

Dans les territoires d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, La Réunion, Mayotte), les salariés travaillant dans le secteur agricole relèvent du régime général de sécurité sociale. Aussi, en matière d'AT-MP, ils sont régis par les dispositions du livre IV du code de la sécurité sociale et, à Mayotte, par celles de l'ordonnance du 13 décembre 2006. Par conséquent, ce sont en principe les tableaux de maladies professionnelles du régime général qui trouvent à s'appliquer aux salariés travaillant dans le secteur agricole en outre-mer.

Or, les tableaux du régime général n'intègrent pas les pathologies liées aux pesticides, prévues par les tableaux du régime agricole : par conséquent, les salariés travaillant dans le secteur agricole en outre-mer ne peuvent pas, contrairement aux salariés agricoles en métropole et aux exploitants agricoles, bénéficier de la présomption d'imputabilité et, partant, de la reconnaissance automatique du caractère professionnel de la maladie lorsque les conditions du tableau sont remplies. Les demandes sont ainsi traitées dans le cadre de la voie complémentaire de reconnaissance dite « hors tableaux », qui est plus restrictive – dans la mesure où elle conditionnée à l'existence d'une incapacité permanente, évaluée au moment de la demande, d'au moins 25%.

Au-delà des pathologies liées aux pesticides, d'autres maladies ne sont inscrites que dans les tableaux du régime agricole (leptospirose et maladie de Lyme). De plus, les conditions prévues par les tableaux du régime général, s'agissant en particulier de la liste limitative de travaux que doit avoir exercé l'assuré pour bénéficier de la reconnaissance automatique de sa maladie professionnelle, ne sont par construction pas adaptées aux travaux agricoles (par exemple pour les troubles musculo-squelettiques) ; les demandes sont ainsi traitées par la voie complémentaire.

Cette situation soulève des difficultés en termes d'égalité de traitement entre salariés agricoles, selon qu'ils résident à l'outre-mer ou en métropole – que ne permet pas de résoudre, s'agissant des maladies professionnelles liées aux pesticides, la création du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, puisqu'il applique les règles AT-MP de droit commun. Aussi, il est proposé d'instruire les demandes de reconnaissance présentées par les salariés du secteur agricole à l'outre-mer sur la base des tableaux du régime agricole, lorsqu'ils sont plus appropriés aux travaux exercés.

Si une consigne en ce sens a déjà été donnée aux caisses concernées (CGSS, caisse de sécurité sociale de Mayotte, caisse de MSA du Poitou pour Saint-Barthélemy) et au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, seule une modification législative est susceptible de lui apporter la sécurisation juridique nécessaire.

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

a) Options envisagées

Sans objet.

b) Mesure retenue

- **Elargissement du fonds aux médicaments vétérinaires antiparasitaires**

Le périmètre du fonds d'indemnisation sera étendu aux médicaments antiparasitaires vétérinaires, et les demandes présentées par des personnes ayant été exposées à ces produits (dans le cadre de leur activité professionnelle, ou pendant la période prénatale, du fait de l'activité professionnelle de leurs parents) par conséquent traitées selon les mêmes modalités que celles formées par les personnes exposées aux produits phytopharmaceutiques ou aux biocides.

Cette mesure permettra ainsi l'harmonisation des modalités d'instruction des demandes pour les personnes relevant des régimes AT-MP de droit commun, quel que soit le pesticide auxquels elles ont été exposées – et ouvrira droit à une indemnisation, lorsqu'elles ont été exposées à des médicaments antiparasitaires vétérinaires, aux personnes non couvertes par ces régimes AT-MP (exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002, enfants exposés durant la période prénatale du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents).

- **Prolongation et assouplissement du dispositif de rattrapage**

Le dispositif de rattrapage, qui permet aux personnes exposées aux pesticides dans le cadre de leur activité professionnelle ou durant la période prénatale, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents, de déposer une demande auprès du fonds, jusqu'au 31 décembre 2021, selon des modalités dérogatoires du droit commun, sera étendu d'un an, soit jusqu'au 31 décembre 2022. A compter du 1^{er} janvier 2023, les règles de droit commun s'appliqueront et les demandes devront donc être déposées, pour les personnes exposées dans le cadre de leur activité professionnelle, dans un délai de deux ans suivant l'établissement du certificat médical initial et, pour les enfants exposés durant la période prénatale, dans un délai de dix ans suivant la consolidation du dommage.

Concernant plus précisément les personnes exposées du fait de leur activité professionnelle, toutes pourront désormais déposer une demande lorsque leur certificat médical a été établi avant le 31 décembre 2019, y compris s'il est antérieur au 1^{er} janvier 2010 – selon les mêmes modalités que celles aujourd'hui applicables aux seuls exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002. L'accès au dispositif sera ainsi harmonisé pour l'ensemble des victimes professionnelles.

Concernant les enfants, la possibilité sera ouverte de saisir le fonds jusqu'au 31 décembre 2022 dans toutes les hypothèses où la date de consolidation sera antérieure au 1^{er} janvier 2013.

- **Application des tableaux de maladies professionnelles aux salariés agricoles en outre-mer**

Les salariés du secteur agricole en outre-mer se verront appliquer les tableaux de maladies professionnelles du régime agricole lorsqu'ils sont plus appropriés aux travaux exercés. Ils bénéficieront ainsi, le cas échéant, de la présomption d'imputabilité du tableau, lorsque leur maladie est désignée dans ce tableau (s'agissant notamment de la maladie de Parkinson et des hémopathies malignes liées aux pesticides) et en remplit les conditions.

Cette mesure sera applicable aussi bien aux caisses chargées de la gestion des AT-MP pour les salariés du régime général et les salariés du secteur agricole en outre-mer (CGSS, caisse de sécurité sociale de Mayotte, caisse de MSA du Poitou pour Saint-Barthélemy) que, pour les maladies professionnelles liées aux pesticides, au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides. Elle permettra aux salariés du secteur agricole de bénéficier d'une reconnaissance facilitée, et plus équitable au regard des règles applicables en métropole.

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

La mesure ayant un effet sur les dépenses des branches AT-MP du régime général, ainsi que sur celles du régime agricole, elle a sa place en loi de financement de la sécurité sociale conformément aux dispositions du 2^o du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

Le conseil d'administration de la CNAVPL doit également être saisi pour avis de cette mesure conformément aux dispositions de l'article L. 641-2 du code de la sécurité sociale.

Le conseil territorial de Saint-Barthélemy a été saisi pour avis de cette mesure conformément aux dispositions de l'article L.6213-3 du code général des collectivités territoriales et a émis un avis favorable par délibération du 30 septembre 2021.

Le conseil territorial de Saint-Martin a été saisi pour avis de cette mesure conformément aux dispositions de l'article L.6313-3 du code général des collectivités territoriales et a émis un avis favorable par délibération du 30 septembre 2021.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence de la CJUE ou de la CEDH 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

Deux volets de la mesure pourront faire l'objet d'une codification :

- L'élargissement du fonds aux antiparasitaires vétérinaires sera prévu dans les dispositions du code de la sécurité sociale (article L. 491-1) définissant le périmètre du fonds ;
- L'application des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, lorsqu'ils sont plus appropriés, aux salariés du secteur agricole à l'outre-mer, impliquera la modification des dispositions du code de la sécurité sociale (article L. 752-4) et du code rural et de la pêche maritime (article L. 781-43) définissant les règles applicables, en matière de sécurité sociale, aux salariés agricoles à l'outre-mer.

En revanche, la prolongation et l'assouplissement du dispositif de rattrapage ne pourront être codifiées, puisqu'elles portent sur un mécanisme par construction non pérenne, inscrit au IV de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui a créé le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.

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	Directement applicable
Mayotte	Directement applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Non applicable ⁶⁸
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non applicable

⁶⁸ Malgré la départementalisation de Saint-Pierre-et-Miquelon en 1976, l'article 12 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 maintient en application le régime AT-MP tel que défini par le décret n°57-245 du 24 février 1957 relatif à la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer. Aussi, le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides n'est pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Concernant par ailleurs la mesure d'application des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole aux salariés agricoles travaillant à l'outre-mer, elle est sans objet à Saint-Pierre-et-Miquelon puisque les salariés du secteur agricole y relèvent, comme en métropole, du régime des salariés agricoles – et non du régime général.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- **Elargissement du fonds aux médicaments vétérinaires antiparasitaires**

En l'état actuel du droit, les demandes liées à des expositions aux antiparasitaires vétérinaires présentées par des salariés du régime général et des travailleurs agricoles (hors exploitants retraités avant le 1^{er} avril 2002) sont instruites dans le cadre des régimes AT-MP de droit commun ; la mesure conduira à transférer au fonds le traitement de ces demandes. Aussi, elle pourrait conduire à améliorer le recours au droit, comme observé depuis la création du dispositif au 1^{er} janvier 2020 – sans toutefois que cette amélioration probable puisse être chiffrée. L'impact potentiel sur les dépenses des branches AT-MP du régime général et des régimes agricoles, qui financent (via les cotisations employeurs) les prestations versées, n'est donc pas mesurable, et devrait en tout état de cause demeurer limité, dans la mesure où les expositions aux antiparasitaires vétérinaires sont généralement associées à l'utilisation d'autres pesticides.

L'élargissement du champ du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides concernera, dans une plus large mesure, les exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002, qui pourront bénéficier d'une indemnisation qui leur est aujourd'hui fermée, ainsi que les exploitants agricoles encore en activité ou partis à la retraite après le 1^{er} avril 2002, qui auront droit au complément d'indemnisation. Or, les statistiques du fonds d'indemnisation pour 2020 font état de 161 demandes déposées par des non-salariés agricoles, contre 43 par an en moyenne sur la période 2007-2016 (selon les données du rapport IGAS/IGF/CGAAER de janvier 2018 sur la création d'un fonds d'aide aux victimes de produits phytopharmaceutiques), soit une multiplication par 3,7 (qui peut s'expliquer par un effet rattrapage lié à la mise à place du fonds, le nombre de demandes ayant plutôt vocation à décroître à moyen terme).

Si l'on tient compte d'une part de l'augmentation probable du taux de recours pour les exploitants agricoles et, d'autre part, du caractère très limité des expositions aux seuls antiparasitaires vétérinaires, on pourrait faire l'hypothèse que la mesure conduira à augmenter de 10% les dépenses du fonds d'indemnisation. Or, ces dernières doivent être fortement revues à la baisse par rapport aux prévisions du PLFSS 2020 (53 M€), qui étaient fondées sur la volumétrie de dossiers estimée par la mission IGAS/IGF/CGAAER dans son rapport de janvier 2018 (10 000 dossiers). Aussi, compte tenu du premier bilan du fonds pesticides, et du décalage temporel entre la reconnaissance de la maladie professionnelle et, le cas échéant, le démarrage de l'indemnisation sous forme de rente (la plus coûteuse), qui nécessite la consolidation préalable de l'état de santé, le niveau de dépenses du fonds serait plutôt évalué à 5,9 M€ en 2022, 8,7 M€ en 2023 et 11,6 M€ en 2024. Le coût de la mesure liée à l'élargissement aux antiparasitaires vétérinaires serait donc, respectivement, de 0,6 M€, 0,9 M€ et 1,2 M€. Ces dépenses seront supportées par le régime AT-MP des exploitants agricoles, pour l'indemnisation de droit commun de ces derniers (0,1 M€, 0,2 M€ et 0,2 M€) et, dans une plus large mesure, par une fraction de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques, à la fois pour le complément d'indemnisation des non-salariés agricoles et pour l'indemnisation des non-salariés agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002 (0,5 M€, 0,7 M€ et 1 M€).

L'impact potentiel de la mesure sur les enfants victimes d'une exposition prénatale aux pesticides, qui serait supporté par la fraction de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques affectée au fonds d'indemnisation, n'a en revanche pas pu être chiffrée – en l'absence, en particulier, de données sur le recours potentiel au dispositif par ces victimes.

A noter que le taux de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques, actuellement fixé à 0,9%, est modulé en fonction des dépenses du fonds – dans la limite d'un plafond, fixé par la loi, à 3,5% du chiffre d'affaires. L'augmentation des dépenses liées à la présente mesure, ainsi qu'à celle relative à la prolongation et à l'assouplissement du dispositif de rattrapage (cf. infra), ne nécessitera pas, compte tenu de son ampleur limitée, de hausse du taux.

- **Prolongation et assouplissement du dispositif de rattrapage**

Entre la création du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides au 1^{er} janvier 2020 et le 31 mai 2021, 22 demandes ont été formées dans le cadre du dispositif de rattrapage, c'est-à-dire sur la base de certificats médicaux initiaux établis avant le 31 décembre 2019 ; 70% de ces demandes concernaient des non-salariés agricoles, les 30% d'autres demandes ayant été déposées par des salariés du régime agricole.

Si l'on prend comme hypothèse que 20 demandes seront formées en 2022 (soit 14 par des non-salariés agricoles et 6 par des salariés agricoles), du fait de la prolongation du dispositif de rattrapage et de son assouplissement – et que 16 d'entre elles donneront lieu à reconnaissance (par application du taux de reconnaissance moyen observé dans le cadre du fonds d'indemnisation), dont 11 concernant des non-salariés agricoles et 5 concernant des salariés agricoles – le coût de la mesure pourrait être estimé à 130 000 €. Plus précisément, les 5 maladies professionnelles concernant des salariés agricoles auraient un impact financier, pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, de 40 000 €. Concernant l'indemnisation des non-salariés agricoles, le financement des dépenses liées aux 11 maladies professionnelles (90 000 €) serait réparti, compte tenu des modalités de financement de l'indemnisation des non-salariés agricoles, entre le régime AT-MP des non-salariés agricoles, pour l'indemnisation de droit commun (70 000 €), et la taxe sur les produits phytopharmaceutiques, au titre du complément d'indemnisation prévu pour les maladies professionnelles liées aux pesticides (20 000 €).

Bien que la prolongation du dispositif de rattrapage ne concerne que 2022, elle pourrait avoir un effet sur les années suivantes, dans la mesure où les dépenses seront essentiellement constituées de rentes viagères. Ce coût est estimé, pour 2023 et 2024, à 110 000 € par an (soit, respectivement, 60 000 € pour le régime AT-MP des non-salariés agricoles, 16 000 € pour la taxe sur les produits phytopharmaceutiques et 34 000 € pour le régime AT-MP des salariés agricoles).

- **Application des tableaux de maladies professionnelles aux salariés agricoles à en outre-mer**

Les salariés du secteur agricole à l'outre-mer peuvent déjà obtenir la reconnaissance de leur maladie professionnelle, mais, pour certaines pathologies (liées aux pesticides notamment), uniquement dans le cadre de la voie complémentaire – qui, en particulier pour les maladies non désignées dans les tableaux, est plus restrictive (puisqu'elle requiert une incapacité permanente d'au moins 25% au moment de la demande), et peut s'avérer dissuasive pour les victimes.

Aussi, la mesure pourrait être de nature à augmenter le taux de recours, et potentiellement le taux de reconnaissance. D'après les données de la CNAM, près de 100 maladies professionnelles ont été reconnues en outre-mer en 2019 ; on

peut estimer qu'environ 6 d'entre elles concernaient des salariés du secteur agricole (si l'on prend comme hypothèse que la répartition entre salariés agricoles et salariés du régime général est la même qu'en métropole). Dans l'hypothèse, majorante, d'une augmentation de 20% du nombre de reconnaissances, les caisses reconnaîtraient une à deux maladies professionnelles en plus chaque année (indépendamment de l'effet potentiel, par ailleurs, de la mise en place du fonds pesticides et de la communication qui l'accompagne, avec des actions spécifiques aux Antilles qui devraient prochainement être déployées) – ce qui représenterait un coût annuel inférieur à 0,2 M€.

- **Synthèse**

Le tableau infra présente l'impact financier des mesures pour les branches AT-MP des différents régimes concernés (régime général, régime des salariés agricoles, régime des non-salariés agricoles).

Les mesures financées par la taxe sur les produits phytopharmaceutiques représentent au total 0,5 M€ en 2022, 0,7 M€ en 2023 et 1 M€ en 2024 ; elles n'ont par construction pas d'impact sur les dépenses de la sécurité sociale.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)		
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)		2024
	2022	2023	
Branche AT-MP du régime général	- 0,2 M€	- 0,2 M€	- 0,2 M€
Branche AT-MP du régime des salariés agricoles (ATSA)	- 0,04 M€	- 0,03 M€	- 0,03 M€
Branche AT-MP du régime des non-salariés agricoles (ATEXA)	- 0,2 M€	- 0,3 M€	- 0,3 M€

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

a) Impacts économiques

Au régime général et au sein des régimes agricoles, les mesures ne devraient pas avoir d'impact, compte tenu de leur montant limité, sur le taux de cotisation AT-MP des employeurs (au régime général et au régime des salariés agricoles), ni sur celui des exploitants (au régime des non-salariés agricoles).

Les dépenses qui seront supportées par la fraction de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques affectée au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ne nécessiteront pas d'augmentation du taux de la taxe – et n'auront donc pas d'impact économique sur les fabricants de produits phytopharmaceutiques qui y sont assujettis.

b) Impacts sociaux

La mesure permettra d'améliorer l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles liées aux pesticides par plusieurs mécanismes : elle devrait conduire à une augmentation du taux de recours (notamment pour les personnes exposées à des médicaments antiparasitaires vétérinaires et les salariés du secteur agricole en outre-mer) et à une hausse, dans certains cas, de la proportion de demandes donnant lieu à reconnaissance (notamment pour les salariés travaillant dans le secteur agricole en outre-mer).

Par ailleurs, la mesure permettra à des personnes aujourd'hui non couvertes de bénéficier d'une indemnisation dans le cadre du fonds : d'une part, les exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002 et les enfants, lorsqu'ils ont été exposés à des antiparasitaires vétérinaires (sans être exposés concomitamment à des produits phytopharmaceutiques ou à des biocides) ; d'autre part, les personnes exposées aux pesticides, dans le cadre de leur activité professionnelle ou pendant la période prénatale du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents, lorsque, selon le cas, le certificat médical a été établi avant le 31 décembre 2019, ou que la consolidation du dommage est intervenue avant cette date.

- **Impact sur les jeunes**

La mesure améliore notamment l'indemnisation des enfants victimes d'une exposition prénatale aux pesticides, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents (lorsqu'ils ont été exposés à des médicaments antiparasitaires vétérinaires ou lorsque la consolidation du dommage est intervenue avant le 31 décembre 2019). Aussi, et compte tenu par ailleurs du fait que la plupart des pathologies liées à une exposition prénatale aux pesticides, notamment les cancers (leucémies et tumeurs cérébrales), interviennent pendant l'enfance, la mesure permettra d'améliorer la réparation des jeunes souffrant d'une pathologie liée à une exposition prénatale aux pesticides.

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

Les personnes couvertes par le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides peuvent être en situation de handicap, notamment lorsqu'elles ont contracté certaines des pathologies pour lesquelles la littérature scientifique établit une

présomption forte de lien de causalité avec une exposition professionnelle aux pesticides (maladie de Parkinson, hémopathies malignes, troubles du neuro-développement). Aussi, la mesure permettra d'améliorer l'indemnisation des personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

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

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

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

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

Dans le cadre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, les demandes sont déposées par les victimes, lorsqu'elles ont été exposées aux pesticides du fait de leur activité professionnelle, auprès des caisses d'affiliation – qui effectuent une première instruction des demandes et les transmettent, le cas échéant, au fonds d'indemnisation. Aussi, la mesure qui consiste à étendre le périmètre du fonds d'indemnisation (aux antiparasitaires vétérinaires) conduira à transférer à ce dernier des dossiers qui relèvent aujourd'hui uniquement des régimes AT-MP de droit commun, qui demeureront toutefois compétents pour assurer la première instruction des demandes. Aussi, les mesures permettront d'améliorer l'indemnisation – sans générer de démarche supplémentaire pour les victimes, qui continueront à adresser leur demande auprès de leur caisse d'affiliation.

Pour les enfants exposés durant la période prénatale, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents, l'ouverture d'un droit à indemnisation en cas d'exposition à des médicaments antiparasitaires vétérinaires leur permettra, dans cette situation, de déposer une demande auprès du fonds.

La prolongation et l'assouplissement du dispositif de rattrapage permettront aux personnes concernées (salariés du régime général et travailleurs agricoles, lorsque leur certificat médical a été établi avant le 31 décembre 2019, et enfants exposés durant la période prénatale, lorsque la consolidation du dommage est survenue avant cette même date) de bénéficier d'une indemnisation. Les demandes devront être déposées, pour les personnes exposées du fait de leur activité professionnelle, auprès de leur caisse d'affiliation et, pour les enfants exposés durant la période prénatale, directement auprès du fonds d'indemnisation.

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

Les mesures liées à l'extension du fonds d'indemnisation aux médicaments antiparasitaires vétérinaires et à l'assouplissement du dispositif de rattrapage conduiront les caisses d'affiliation (CPAM, CGSS, caisses de MSA en particulier) à transférer au fonds des demandes qui, jusqu'à présent, soit étaient traitées uniquement par ces caisses (s'agissant des pathologies liées à une exposition aux médicaments antiparasitaires vétérinaires) soit donnaient lieu à un rejet de la part de ces caisses (pour les maladies, concernant des salariés ou des travailleurs agricoles hors exploitants retraités avant le 1er avril 2002, ayant fait l'objet d'un certificat médical initial avant le 1er janvier 2010 – même si le cas ne s'est pas produit depuis la création du fonds). Elles n'ont pas d'impact particulier sur les systèmes d'information.

Par ailleurs, la mesure liée à l'application des tableaux de maladies professionnelles aux salariés du secteur agricole en outre-mer conduira les caisses concernées (CGSS, caisse de sécurité sociale de Mayotte, caisse de MSA du Poitou pour Saint-Barthélemy) et le fonds d'indemnisation à modifier les modalités d'instruction de ces demandes. Là encore, aucune évolution particulière des systèmes d'information n'est à prévoir de ce fait.

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

La mesure n'a pas d'impact sur le budget et l'emploi des caisses d'affiliation (CPAM, CGSS, caisses de MSA), ni sur ceux du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.

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 trois volets de la mesure sont d'application directe, et ne nécessitent donc pas de texte d'application : l'extension du fonds d'indemnisation aux antiparasitaires vétérinaires, la prolongation et l'assouplissement du dispositif de rattrapage et l'application aux salariés du secteur agricole en outre-mer des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, lorsqu'ils sont plus appropriés aux travaux effectués.

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'ensemble des volets de la mesure seront applicables aux demandes d'indemnisation déposées à compter du 1^{er} janvier 2022. Ils n'appellent pas de mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les personnes exposées aux pesticides dans le cadre de leur activité professionnelle ou pendant la période prénatale, du fait de l'activité professionnelle de l'un de leurs parents, seront informées de la présente mesure via le site Internet du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides : <https://fonds-indemnisation-pesticides.fr/>. La mesure fera également l'objet d'une information du conseil de gestion du fonds d'indemnisation, composé notamment de représentants des organisations syndicales et des associations de victimes.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les données relatives aux indemnisations, ainsi qu'à leur coût, seront suivies dans le cadre des statistiques élaborées par le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides, présentées de manière régulière aux membres du conseil de gestion du fonds et inscrites dans le rapport d'activité annuel.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 491-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 491-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides, au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :</p> <p>1° Au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :</p> <p>a) Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés des professions agricoles ;</p> <p>b) Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles ;</p> <p>c) Les assurés relevant du régime d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;</p> <p>2° Au titre de la solidarité nationale :</p> <p>a) Les assurés non-salariés des professions agricoles mentionnés au b du 1° ou relevant du c du même 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa ;</p> <p>b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui ont cessé leur activité non salariée agricole avant le 1er avril 2002 ;</p> <p>c) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa du présent article.</p> <p>(...)</p>	<p>Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides, au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :</p> <p>Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides, faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :</p> <p>1° Au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :</p> <p>a) Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés des professions agricoles ;</p> <p>b) Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles ;</p> <p>c) Les assurés relevant du régime d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;</p> <p>2° Au titre de la solidarité nationale :</p> <p>a) Les assurés non-salariés des professions agricoles mentionnés au b du 1° ou relevant du c du même 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa ;</p> <p>b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui ont cessé leur activité non salariée agricole avant le 1er avril 2002 ;</p> <p>c) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa du présent article.</p> <p>Les dispositions du présent titre ne sont pas applicables aux personnes mentionnées au 1° et au a et b du 2° que si la maladie mentionnée au premier alinéa présente un caractère professionnel.</p> <p>Sont regardés comme des pesticides pour l'application du présent titre, les produits phytopharmaceutiques relevant du règlement (CE) 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives 79/117/CEE et 91/414/CEE du Conseil, les produits biocides relevant du règlement (UE) 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides, et les médicaments vétérinaires antiparasitaires au sens des dispositions du 6° de l'article L. 5141-2 du code de la santé publique.</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 752-4 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 752-4 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :</p> <p>1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p>	<p>Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :</p> <p>1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles dans les conditions prévues à l'article L. 781-43 du code rural et de la pêche maritime, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité,</p>

(...)	la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ; (...)
Article L. 781-43 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 781-43 modifié du code rural et de la pêche maritime
Les salariés employés dans le secteur agricole en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin sont régis par les dispositions du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale. Ces dispositions sont exclusives des dispositions des titres II, IV et V du présent livre.	Les salariés employés dans le secteur agricole en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin sont régis par les dispositions du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale. Ces dispositions sont exclusives des dispositions des titres II, IV et V du présent livre à l' exception des tableaux de maladies professionnelles établis, révisés et complétés selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 751-7, qui leur sont applicables lorsqu'ils ont exercé les travaux mentionnés dans ces tableaux.
Article L. 781-48 actuel du code rural et de la pêche maritime	Article L. 781-48 modifié du code rural et de la pêche maritime
Les salariés employés dans le secteur agricole en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin sont régis par les dispositions du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale. Ces dispositions sont exclusives des dispositions des titres II, IV et V du présent livre.	Les salariés employés dans le secteur agricole en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin sont régis par les dispositions du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale. Ces dispositions sont exclusives des dispositions des titres II, IV et V du présent livre à l' exception des tableaux de maladies professionnelles établis, révisés et complétés selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 751-7, qui leur sont applicables lorsqu'ils ont exercé les travaux mentionnés dans ces tableaux.
Article 70 IV actuel de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	Article 70 IV modifié de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020
Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles qui leur sont applicables, peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021 : 1° Les personnes mentionnées au 1° et au a du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1 ^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ; 2° Les personnes mentionnées au b du même 2° dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019. Par dérogation à l'article L. 491-7 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées au c du 2° de l'article L. 491-1 du même code pour lesquelles la date de consolidation de l'état de santé est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019 peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de cette consolidation.	Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles qui leur sont applicables, peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021 : 31 décembre 2022, les personnes mentionnées au 1°, au a et au b du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019. 1° Les personnes mentionnées au 1° et au a du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ; 2° Les personnes mentionnées au b du même 2° dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019. Par dérogation à l'article L. 491-7 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées au c du 2° de l'article L. 491-1 du même code pour lesquelles la date de consolidation de l'état de santé est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019 au 1^{er} janvier 2013 peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021 2022 , quelle que soit la date de cette consolidation.

Article 51 – Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants affectés par les fermetures administratives

I. Présentation de la mesure

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

Depuis le début de l'année 2020, l'expansion de la pandémie covid-19 et les mesures prises ont conduit à une dégradation de la situation économique. Les mesures de restriction sanitaire mises en œuvre, dans de nombreux pays afin d'endiguer la crise de la covid-19 affectent fortement l'activité. Pour les mandataires sociaux relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), pour les travailleurs non-salariés relevant de la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI), gérée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ou de l'assurance vieillesse des professionnels libéraux gérée par la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et les sections professionnelles, ou pour les artistes-auteurs, gérés par la CNAV pour la retraite de base, les mesures sanitaires ont entraîné un fort repli d'activité, et par conséquent une baisse de revenus. Ce constat est particulièrement vrai pour les travailleurs indépendants relevant des secteurs d'activité du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, de la culture, de l'évènementiel, du sport et du commerce de détail non alimentaire impactés par des fermetures administratives.

Cette perte de revenus engendre pour la plupart de ces professionnels une perte de droits à retraite. En effet, la validation de trimestres de retraite de base est particulièrement sensible aux baisses de revenus et a un impact direct sur l'âge de départ à la retraite des assurés concernés. De manière mécanique, une baisse du nombre de trimestres validés entraîne en effet un départ à taux plein plus tardif.

L'effet potentiel en perte de droits au régime de retraite de base varie selon le statut du travailleur indépendant.

Ainsi, pour les artisans, les commerçants et les professionnels libéraux « classiques », c'est-à-dire cotisant « au réel », la perte maximale est d'un trimestre de retraite de base. En effet, ils doivent s'acquitter de cotisations d'assurance vieillesse de base assises sur une assiette minimale, ce qui leur permet de valider au moins trois trimestres de retraite de base par an. Il convient également de souligner que les cotisations des travailleurs indépendants ont été intégralement prises en charge en 2020 dès lors qu'ils relèvent des secteurs fortement touchés par la crise sanitaire et que leurs revenus ont connu une baisse importante, conformément à l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative et à l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Pour les micro-entrepreneurs, la perte maximale est de quatre trimestres de retraite de base puisque les cotisations sont calculées proportionnellement au chiffre d'affaires, sans être assises sur une assiette minimale. Par ailleurs, les dispositifs d'aide aux micro-entrepreneurs prévus par l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 précitée et par l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale pour 2021 consistent non pas en une prise en charge des cotisations mais en une réduction d'assiette de cotisations ce qui entraîne une réduction du montant de cotisations affecté au régime d'assurance vieillesse de base et donc une réduction automatique des droits à la retraite de base.

Les artistes-auteurs, affiliés au régime général sur la base de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale mais exerçant leur activité de manière indépendante, sont susceptibles d'avoir perdu jusqu'à quatre trimestres de retraite de base. En effet, leurs cotisations sont appelées sur la base de leurs traitements et salaires perçus sur l'année ou leur chiffre d'affaires annuel déclaré, selon la catégorie de l'artiste-auteur. Il est néanmoins à noter que pour la majorité des quelques 220 000 artistes-auteurs les revenus artistiques présentent un caractère accessoire par rapport à leurs revenus principaux. A l'instar des salariés, un artiste-auteur doit donc avoir perçu une rémunération équivalente à 150 heures SMIC sur une année pour valider un trimestre de retraite, et 600 heures SMIC pour en valider quatre. Bien que la plupart d'entre eux n'aient pas subi directement les mesures de fermeture administrative, la crise sanitaire et économique est susceptible d'avoir affecté directement un certain nombre d'entre eux, avec des effets sur leurs droits de retraite.

De même, les mandataires sociaux, mentionnés aux 11°, 12°, 13°, 22° et 23° de l'article L. 311-3 du même code mais exerçant leur activité de manière indépendante, sont susceptibles d'avoir perdu jusqu'à quatre trimestres de retraite de base.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de valider gratuitement, au titre de 2020 et de 2021, une période d'assurance au régime d'assurance vieillesse de base afin de permettre aux mandataires sociaux, aux travailleurs indépendants et aux artistes auteurs de bénéficier en 2020 et 2021 d'autant de trimestres de retraite de base que la moyenne des trimestres qu'ils ont validés sur les années 2017, 2018 et 2019. Ainsi, un assuré qui validait en moyenne trois trimestres de retraite par an avant la crise et qui n'a pu, compte tenu de ses revenus d'activité, en valider que deux au titre des années 2020 et 2021, se verra octroyer un trimestre supplémentaire pour chacune de ces deux années.

Bénéficient de cette mesure, les personnes éligibles aux mesures d'aide prévues :

- Pour les mandataires sociaux et les travailleurs indépendants, aux III et IV de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, aux III et IV de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale pour 2021 ou aux II à IV de l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021 ;

- Pour les artistes auteurs, au V de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 et au V de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale pour 2021 ;

Il s'agit donc des mandataires sociaux, des travailleurs indépendants et des micro-entrepreneurs relevant des secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, de la culture, du transport aérien, de l'événementiel et du sport, et des personnes relevant des secteurs d'activités dont l'activité dépend de celle des activités des secteurs mentionnés ci-dessus qui ont subi une forte baisse de leur chiffre d'affaires.

Le bénéfice de cette mesure est accordé pour l'année au titre de laquelle le mandataire social, le travailleur indépendant ou l'artiste-auteur a été éligible à la mesure d'aide. Cette mesure s'applique donc au titre des années 2020 et 2021, puisque ces deux années ont connu des mesures de restrictions d'activité de nature à réduire le revenu ou le chiffre d'affaire du travailleur indépendant et de l'artiste-auteur.

Pour les travailleurs indépendants "classiques", cotisant « au réel », remplissant les conditions mentionnées ci-dessus, le dispositif permet de valider gratuitement jusqu'à un trimestre de retraite de base supplémentaire, puisque la cotisation d'assurance vieillesse est assise sur une assiette minimale qui leur permet déjà de valider trois trimestres par an. Pour les micro-entrepreneurs, les mandataires sociaux et les artistes-auteurs, en l'absence de cotisation assise sur une assiette minimale, le dispositif permet de valider gratuitement jusqu'à quatre trimestres par an.

Les personnes ayant cessé leur activité en 2020 ou 2021, sont éligibles au dispositif jusqu'à l'année de leur cessation d'activité à condition de ne pas avoir liquidé leur pension de retraite de base. En revanche, les personnes ayant débuté leur activité à partir du 1^{er} janvier 2020 ne sont pas éligibles à ce dispositif puisque les périodes antérieures à 2020 n'étant pas cotisées, il n'est pas possible de compenser l'effet de la crise.

Ce dispositif sera mis en œuvre directement par les organismes de sécurité sociale gestionnaires de ces régimes, à savoir par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour les travailleurs indépendants relevant de la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI) pour les mandataires sociaux et pour les artistes-auteurs et par la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV) pour les professionnels libéraux et micro-entrepreneurs concernés par la mesure, grâce notamment à des échanges de données entre l'administration fiscale et l'administration sociale afin d'identifier les micro-entrepreneurs qui ont bénéficié du dispositif de réduction d'assiette sociale.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de permettre à l'ensemble des travailleurs indépendants et des artistes-auteurs de racheter un trimestre de retraite à un tarif préférentiel lors des prochains exercices ou encore de leur accorder gratuitement à tous un trimestre de retraite de base supplémentaire. Ces options n'ont pas été retenues car elles ne répondent pas à la volonté du Gouvernement d'apporter une aide ciblée aux travailleurs indépendants et aux artistes-auteurs les plus impactés par la crise sanitaire et économique.

L'option consistant en un rachat de trimestres a été écartée car elle engendrait un coût pour les travailleurs indépendants et les artistes-auteurs, en particulier les plus fragilisés qui n'auraient pas été en mesure de procéder à ce rachat. Par ailleurs, elle s'avère inéquitable en comparaison de la situation des salariés qui ont pu bénéficier, sans coût, d'un maintien de leur validation de trimestres dans le cadre de l'activité partielle.

L'option d'accorder à tous un seul trimestre de retraite de base aurait quant à elle conduit à un traitement inéquitable entre les travailleurs indépendants classiques « au réel », qui pourraient alors tous valider quatre trimestres de retraite, même s'ils ne les validaient pas les années précédentes, et les micro-entrepreneurs et les artistes-auteurs qui auraient pour certains seulement un trimestre de retraite validé alors qu'ils en validaient plusieurs les années précédentes. Cette option aurait alors accentué l'inégalité de traitement entre les travailleurs indépendants classiques qui ont pu valider trois trimestres de retraite de base sans payer de cotisations grâce à la prise en charge par l'Etat de la cotisation assise sur une assiette minimale, et les micro-entrepreneurs, qui ont pu uniquement disposer de réduction d'assiette de cotisations, diminuant de fait leurs droits à retraite.

Enfin, l'attribution de « points gratuits » de retraite complémentaire n'a pas été retenue dans le présent projet de loi car l'assurance vieillesse complémentaire ne relève pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale. Néanmoins, les instances de gouvernance de ces régimes peuvent se saisir de la question pour mettre en place un dispositif d'attribution de « points gratuits » si les réserves de ces régimes permettent de les financer sans fragiliser leur équilibre financier à moyen et long terme.

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

Cette mesure, en créant des droits à retraite sous forme d'acquisition de trimestres non cotisés, aura un impact sur les dépenses des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés. Pour cette raison, sa place en LFSS se justifie au regard du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS et de la CNAV, ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

Il n'existe pas de dispositions juridiques européennes ou de décisions de la Cour de justice des communautés européennes s'appliquant spécifiquement à ce sujet. Cette mesure n'est en outre pas contraire aux dispositions juridiques ou jurisprudentielles de 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 applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure venant en aide aux travailleurs indépendants non agricoles touchés par la crise sanitaire, il est prévu un financement par le budget du FSV qui devra en compenser le coût aux régimes de retraite concernés (sécurité sociale des travailleurs indépendants, régime de base des professionnels libéraux relevant de la CNAVPL et régime général pour les artistes-auteurs et les mandataires sociaux). La compensation sera réalisée par le FSV en fonction du nombre de trimestres effectivement attribués, sur la base de montants forfaitaires représentatifs du « coût du trimestre » dans chaque régime et correspondant au taux de cotisation vieillesse de base rapporté à 150 heures SMIC (assiette minimale permettant de valider un trimestre).

a) Impact de la mesure pour le régime de retraite de base de la SSTI :

La CNAV a étudié l'impact financier de cette mesure sur la base d'une estimation du revenu 2020 des travailleurs indépendants. Cet impact sera ajusté en fonction du revenu définitivement déclaré pour les années 2020 et 2021 par les travailleurs indépendants.

La Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2021 retient une hypothèse d'évolution du revenu moyen des travailleurs indépendants hors microentrepreneurs de - 14,6 % pour 2020 et de + 8,3 % pour 2021. En retenant une base 100 en 2019, le revenu moyen passerait donc à 85,4 en 2020 et 92,5 en 2021. La diminution de revenu par rapport à 2019 serait donc de - 14,6 % en 2020 et de - 7,5 % en 2021.

Le revenu moyen des microentrepreneurs économiquement actifs a diminué de 14 %, entre 2019 et 2020¹. Aussi, le même taux de variation de revenus que pour les travailleurs indépendants classiques (- 15 %) est retenu dans cette estimation.

Ainsi, avec une baisse moyenne de 15 % des revenus et chiffres d'affaires, et en retenant seulement les travailleurs indépendants qui exercent à titre principal et qui relèvent des secteurs concernés par les exonérations, le dispositif d'attribution de trimestres concernerait, en 2020, 40 000 travailleurs indépendants classiques et 110 000 micro entrepreneurs. Pour 2021, la population concernée par le dispositif serait réduite de moitié par rapport à 2020.

Le coût d'un trimestre de retraite de base pour un travailleur indépendant relevant de sécurité sociale des travailleurs indépendants est de 270 € en 2020. Le montant total pour l'année du fait générateur serait alors de 270 € multiplié par le nombre de trimestres accordés. Sur une estimation de 200 000 trimestres accordés en 2020, le coût s'élèverait alors à 54 M€ en 2020. Ce coût serait de moitié pour 2021 soit 27 M€. Le coût global pour 2020 et 2021 est estimé à 81 M€ pour la SSTI.

TI relevant de la SSTI	TI concernés en 2020	Nombre de trimestres attribués	Coût 2020
Travailleurs indépendants classiques	40 000	40 000	10 800 000
Micro-entrepreneurs avec un trimestre supplémentaire	70 000	70 000	18 900 000
Micro-entrepreneurs avec deux trimestres supplémentaires	32 000	64 000	17 280 000
Micro-entrepreneurs avec trois trimestres supplémentaires	6 000	18 000	4 860 000
Micro-entrepreneurs avec quatre trimestres supplémentaires	2 000	8 000	2 160 000
TOTAL	150 000	200 000	54 000 000

b) Impact de la mesure pour le régime de retraite des professionnels libéraux relevant de la CNAVPL :

La CIPAV, section professionnelle de la CNAVPL dont relèvent les professionnels libéraux éligibles aux mesures d'aide prévues à l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, à l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale pour 2021 et à l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021, estime que 2 100 professionnels libéraux au réel et 15 000 micro-entrepreneurs libéraux seraient concernés en 2020 par cette mesure d'attribution de trimestres de retraite de base à titre gratuit. Ainsi 35 000 trimestres seraient accordés gratuitement au titre de 2020. Un trimestre de retraite à la CNAVPL étant estimé à 154 € en 2020, le coût pour 2020 serait de 5,5 M€.

Pour 2021, sur la base des données de la CCSS, le coût serait aussi réduit de moitié et porté à 2,7 M€.

c) Impact de la mesure pour le régime de base des artistes-auteurs :

Entre 50 et 60 000 artistes-auteurs sont éligibles aux mesures d'aides prévues à l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020 et à l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, ayant perçu plus de 3 000 € de revenus artistiques en 2019, et seront éligibles à la mesure. Parmi eux, environ la moitié ont gagné plus de 1 200 heures SMIC et l'on fait l'hypothèse que même en cas de forte baisse de revenu ils ont préservé leurs droits à retraite. En prenant l'hypothèse que les 25 000 artistes-auteurs restants seront concernés, avec une perte moyenne d'un trimestre en 2020 puis en 2021, et un coût du trimestre de base estimé à 106 € en 2020, le coût pour 2020 serait d'environ 2,6 M € en 2020 et de 1,3 M en 2021 s'il est estimé comme pour les travailleurs indépendants à hauteur de la moitié du coût de 2020. Le total s'élèverait à environ 4 M €. Ce chiffrage

¹ Données arrêtées à fin mai 2021.

présente un caractère conventionnel, les revenus 2020 des artistes-auteurs et la perte éventuelle de droits n'étant pas encore connus.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/					
-					
-					
-					
- Vieillesse SSTI	- 80 M€				
- Vieillesse artistes-auteurs	- 4 M€				
CNAVPL-CIPAV	- 8,25 M€				

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 permettra d'améliorer les droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles dont les micro entrepreneurs particulièrement impactés par les conséquences économiques et sociales de la crise sanitaire. Les modalités d'attribution d'un ou plusieurs trimestres gratuits visent également à réduire les inégalités existantes entre cette population et les salariés qui ont bénéficié, sans coût, d'un maintien de leur validation de trimestres dans le cadre de l'activité partielle.

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement

Cette mesure n'a pas d'impact environnemental.

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

Cette mesure s'applique à l'ensemble des mandataires sociaux, des travailleurs indépendants non agricoles et des artistes auteurs, femmes et hommes, concernés directement ou indirectement par des mesures de fermetures administratives liées à la gestion de la crise sanitaire de la covid-19. En ce sens, elle s'avère égalitaire dans le traitement des femmes et des hommes relevant des professions indépendantes non agricoles.

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

Si la mesure envisagée vise à attribuer de manière automatique les trimestres de retraite, il est cependant prévu que les personnes éligibles puissent faire une demande individuelle directement auprès de la CNAV et de la CIPAV, section professionnelle de la CNAVPL auprès de laquelle les travailleurs indépendants visés par la mesure sont affiliés.

En effet, certains micro entrepreneurs auront fait le choix de ne pas baisser leur chiffre d'affaires social en 2020 et 2021 pour maintenir leurs droits à retraite et ne pourront donc pas être identifiés automatiquement. Pour cette raison, une demande pourra être faite directement auprès de la caisse d'affiliation concernée.

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

Afin de procéder à l'attribution de trimestres de retraite de manière automatique, l'identification des assurés, qui sont des travailleurs indépendants « classiques » se fera sur la base de la présence d'une exonération COVID dans les flux de données transmis par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). L'identification des travailleurs indépendants micro entrepreneurs, sera opérée via la mise en place d'un échange de données fiscales et sociales entre la direction générale des finances publiques (DGFiP) et l'ACOSS.

La CNIL sera amenée à se prononcer sur cet échange d'informations.

En sus du travail d'identification de la population ciblée que doit réaliser l'ACOSS, un calcul du nombre de trimestres accordés sera à opérer par la CNAV et la CIPAV.

Ces opérations d'identification et de calcul de droits vont engendrer des opérations spécifiques et supplémentaires pour les organismes concernés. Par conséquent, des effectifs et des développements informatiques seront nécessaires pour mettre en œuvre cette mesure.

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

Des développements informatiques vont devoir être réalisés par la CNAV afin, dans un premier temps, d'identifier les travailleurs indépendants et les micro entrepreneurs éligibles à l'attribution d'un ou plusieurs trimestres non cotisés et dans un second temps de permettre l'attribution automatique de trimestres de retraite non cotisés. Elle devra également procéder à un redéploiement des équipes en particulier informatiques pour répondre aux exigences de mise en œuvre de cette mesure.

La CNAV estime, hors développements informatiques, le coût de gestion du dispositif à 0,2 M€ sur une année.

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, pris après avis de la CNIL, devra préciser les données qui seront échangées entre les différents organismes afin de permettre l'identification des travailleurs indépendants non agricoles concernés par la mesure.

Un décret simple précisera les modalités et conditions de la demande individuelle pour les travailleurs indépendants remplissant les conditions d'attribution de trimestres de retraite, mais pour lesquels l'attribution automatique n'aura pas été opérée.

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'attribution automatique des trimestres non cotisés pourra intervenir à compter de 2022.

L'attribution individuelle interviendra à compter de 2023, les travailleurs indépendants concernés par la mesure étant informés de l'attribution automatique de trimestres non cotisés au plus tard le 31 décembre 2022. Ils procéderont par conséquent aux demandes individuelles directement auprès de leur caisse d'affiliation à compter du 1^{er} janvier 2023. Ces trimestres seront rattachés comptablement à 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La CNAV et la CIPAV devront procéder à une information générale du dispositif auprès de l'ensemble de leurs affiliés, précisant la possibilité d'effectuer une demande individuelle pour les personnes éligibles au dispositif n'ayant pas bénéficié de l'attribution automatique.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure devant être mise en place à compter de la publication de la présente loi de financement, il n'est pas envisagé de procéder à la mise en place d'indicateurs de suivi. Toutefois, un suivi sera effectué par la direction de la sécurité sociale en lien avec les organismes concernés.

Article 52 – Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte

I. Présentation de la mesure

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

a) La présente mesure vise à pallier l'absence involontaire d'affiliation à un régime de retraite de base pour certains travailleurs non-salariés

Certains travailleurs non-salariés, principalement les ostéopathes, les chiropracteurs et les naturopathes ont connu des périodes sans affiliation à un régime vieillesse de sécurité sociale obligatoire dans la mesure où leur activité était considérée par la loi comme irrégulière. N'ayant par conséquent versé aucune cotisation de sécurité sociale au titre de ces activités, ils ne se sont donc pas ouvert de droits à retraite pendant une partie de ces années. Cela se traduit par une diminution sensible de leur pension, sans qu'une option de rachat des trimestres non cotisés ne leur soit ouverte.

Cette absence d'affiliation est également liée à l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation n° 80-16 447 du 3 février 1982. Dans cette affaire, un organisme de retraite avait accepté l'affiliation d'un non salarié, un naturopathe dans le cas d'espèce, sur le fondement que son activité ne relevait d'aucun autre organisme¹. Le juge a néanmoins estimé qu'un organisme de retraite n'est pas fondé à réclamer des cotisations à une personne exerçant une activité qui n'est pas prévue dans les textes législatifs et réglementaires régissant cet organisme.

En outre, les travailleurs non-salariés non affiliés ne pouvaient adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants² ou auprès d'une des sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL). En effet, cette adhésion volontaire nécessitait que les personnes pratiquent une activité indépendante prévue au livre VI du code de la sécurité sociale. Or, leur activité étant alors considérée comme irrégulière par la loi, elles ne pouvaient entrer dans ce champ d'application.

La question de l'adhésion de l'ensemble des travailleurs indépendants à un régime de retraite de base est désormais résolue. Si certaines professions non salariées n'ont pas été expressément reconnues par la loi, aucune disposition législative n'interdit pour autant leur pratique. Ces professionnels sont désormais obligatoirement affiliés à un régime d'assurance vieillesse. L'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a d'ailleurs clarifié le partage de l'affiliation entre la CNAVPL et la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI) : toute profession qui ne relève pas expressément de la CNAVPL relève depuis cette date de la SSTI.

Il n'en demeure pas moins que certains de ces professionnels n'ont pas été affiliés, parfois pendant plusieurs années, à un régime obligatoire de retraite. Même en liquidant leurs droits à retraite après 42 années d'activité, certains ne disposent donc pas aujourd'hui de la durée d'assurance cotisée suffisante pour bénéficier d'une pension à taux plein du fait de l'absence de cotisations au régime de retraite de base. Leur pension s'en trouve donc sensiblement diminuée lors de la liquidation. Un mécanisme de rachat de trimestres de retraite, sur une base volontaire, permettrait donc à ces personnes d'améliorer leur pension de retraite de base.

b) Il est également proposé un mécanisme de rachat de périodes d'assurances afin de pallier l'absence de recouvrement des cotisations retraite pour les travailleurs indépendants résidant et exerçant leur activité à Mayotte :

Depuis 2012, le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants exerçant leur activité à Mayotte est interrompu. Cette interruption est liée à une difficulté d'interprétation des dispositions fixant les taux de cotisations pour cette population par la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) et à la nécessité de concevoir un système d'information pour le recouvrement, adapté aux spécificités de la réglementation des travailleurs indépendants de Mayotte.

Si les taux de cotisations de sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants mahorais de 2019 à 2036 ont été fixés par le décret n°2019-632 du 24 juin 2019, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) travaille encore à l'adaptation du système d'information pour que la CSSM puisse procéder au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants à compter des cotisations dues au titre de 2022. Les cotisations n'ont donc pas été recouvrées entre 2012 et 2021 (à l'exception des cotisations des micro-entrepreneurs depuis avril 2020).

En l'absence d'appel et de paiement de cotisations, les travailleurs indépendants mahorais n'ont pas pu s'ouvrir de droits à retraite, pour la période allant de 2012 à 2021. L'ouverture de droits au titre de 2022 est étroitement liée à l'avancée des travaux d'adaptation du système d'information.

Cette situation ne concerne pas les travailleurs indépendants relevant du régime vieillesse des professions libérales, affiliés à la CNAVPL.

¹ La Cour estimait que la CAVITEC, « ancêtre » de la CIPAV, n'était pas fondée à réclamer des cotisations à une personne exerçant une activité qui n'était pas prévue dans les textes législatifs et réglementaires régissant la caisse, même si cette activité ne relevait pas des autres sections professionnelles.

² Il s'agissait alors des organismes qui ont précédé la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI)

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

a) Mesure proposée

La présente mesure ouvre la possibilité de racheter des trimestres de retraite de base pour les travailleurs non-salariés qui n'ont pas été affiliés auprès d'un organisme de retraite en raison de l'absence légale ou réglementaire de reconnaissance de leurs professions (principalement les ostéopathes, chiropracteurs, naturopathes) ou pour les travailleurs indépendants qui, résidant et travaillant dans le département de Mayotte, ont connu une interruption du recouvrement de leurs cotisations de sécurité sociale.

• Dispositif de rachat pour les travailleurs indépendants n'ayant pas été affiliés à un régime de retraite de base du fait de la non reconnaissance de leur profession

Le mécanisme de rachat de périodes d'assurance de retraite de base, sur une base volontaire de la part des travailleurs indépendants, consiste à racheter tout ou partie des périodes d'assurance manquantes, dans la limite de 4 trimestres de retraite par an. Un décret listera les professions qui sont concernées par cette absence d'affiliation et les périodes lacunaires pour chaque profession. Il s'agit notamment des ostéopathes, chiropracteurs, naturopathes, étioopathes, acupuncteurs, sophrologues et hypnotiseurs. Aucune distinction d'âge ne sera opposée aux demandeurs qui, néanmoins, ne devront pas avoir encore liquidé leurs droits à retraite. Un décret précisera également la nature des pièces à présenter pour justifier de leur activité pour les années de demande de rachat.

Le barème du rachat sera fixé de façon à respecter un principe de neutralité actuarielle pour les régimes concernés. Ainsi, ces rachats ne remettront pas en cause l'équilibre financier du régime de base des travailleurs indépendants (SSTI géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse - CNAV) et du régime de base des professionnels libéraux (CNAVPL). Les versements de l'assuré doivent intégralement compenser la charge financière qu'entraîne pour le régime de retraite cette acquisition de droits supplémentaires. Il sera par ailleurs tenu compte de l'âge de l'assuré et de ses revenus, mis en regard des données sur l'espérance de vie applicable à une génération. Il est prévu deux types de rachat dont les modalités seront fixées par décret : le rachat pour le taux et le rachat pour le taux et la durée d'assurance.

La procédure de rachat de cotisations prévue dans la présente mesure serait ouverte du 1^{er} juillet 2022 au 31 décembre 2026.

La demande est effectuée à l'initiative du professionnel auprès de la caisse dont il relève au 1^{er} juillet 2022, conformément à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale. Dans le cas où le professionnel n'est plus affilié à un régime d'assurance vieillesse au titre de cette activité, la demande est alors effectuée auprès de la caisse dont relève l'activité professionnelle qu'il a exercée, à la date de sa demande, c'est-à-dire la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour la SSTI, ou la section professionnelle dont relève sa profession au sein de l'organisation autonome de l'assurance vieillesse des professionnels libéraux¹. Au regard des professions concernées par la mesure, la plupart des professionnels devront ainsi s'adresser à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV).

Les modalités de versement des cotisations seront prévues par décret. Il est ainsi envisagé un étalement du paiement des cotisations sur une durée maximale de 5 ans, qui devrait être achevé avant de liquider la pension de retraite.

Il est à noter que le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) chargé de la gestion du régime complémentaire des travailleurs indépendants et la CIPAV, qui gère le régime complémentaire spécifique à certaines professions libérales réglementées, pourront, dans le respect de l'équilibre financier des régimes qu'ils gèrent, décider d'étendre cette mesure de rachat aux régimes complémentaires dont ils ont la charge.

Cette mesure de rachat de période d'assurance n'est pas ouverte aux assurés ayant déjà liquidé leur pension de retraite.

Ce dispositif permet au travailleur indépendant de racheter des trimestres manquants ce qui permettra d'atténuer la décote applicable au montant de sa pension et d'augmenter sa durée d'assurance dans le régime. Néanmoins, à l'instar du dispositif de versement complémentaire de cotisations prévu à l'article L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale, cette durée d'assurance ne sera pas prise en compte dans le cadre des dispositifs de retraite anticipée pour carrières longues ou pour travailleurs handicapés.

Enfin, il est envisagé de permettre la déductibilité fiscale du versement de ces cotisations complémentaires dans le cadre du projet de loi de finances pour 2022.

• Dispositif de rachat de trimestres de retraite pour les travailleurs indépendants exerçant leur activité à Mayotte

Les travailleurs indépendants mahorais ont subi une interruption dans le processus de recouvrement de leurs cotisations de sécurité sociale depuis 2012. Cela a entraîné une perte d'acquisition de droits à retraite, sauf pour les micro-entrepreneurs et les bénéficiaires de l'exonération de début d'activité au titre de l'année 2020². Le dispositif microsocial a été mis en place en 2020 à Mayotte et leurs cotisations sont déclarées et recouvrées depuis avril 2020. Cette catégorie ne sera donc pas concernée par la mesure, sauf au titre d'activités indépendantes qui auraient pu être exercées entre 2012 et 2019 sous un statut autre que celui de la microentreprise.

Aussi, il est proposé aux travailleurs indépendants exerçant ou ayant exercé leur activité à Mayotte de racheter des trimestres de retraite de base pour la période de 2012 à 2021, voir pour l'année 2022 en fonction de l'évolution des nécessaires adaptations du système d'information. Le barème de rachat, fixé par décret, permettra d'acquérir trois ou quatre trimestres de retraite de base par année non cotisée, puisque la cotisation minimale aurait permis de valider trois trimestres par an si les cotisations avaient été recouvrées. Ces trimestres rachetés compteront pour le calcul du taux de

¹ La gestion du régime de base des professions libérales est déléguée aux sections professionnelles.

² En effet le dispositif de la microentreprise implique un paiement automatique à la déclaration, mensuelle ou trimestrielle du chiffre d'affaires. En début d'activité les entrepreneurs individuels sont exonérés de cotisations de retraite de base.

la pension et le coefficient de proratisation lors de la liquidation¹. Du fait des circonstances particulières qui conduisent à ce dispositif, cette durée d'assurance sera prise en compte dans le cadre des dispositifs de retraite anticipée pour carrières longues ou pour travailleurs handicapés.

Ce rachat sera ouvert aux travailleurs indépendants non agricoles mahorais affiliés à partir du 1^{er} janvier 2012, en application l'article 23-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au régime de retraite de base obligatoire applicable aux résidents à Mayotte, pour les périodes durant lesquelles ils ne sont pas micro-entrepreneurs ni bénéficiaires d'une exonération de début d'activité. Le rachat sera ouvert aux personnes ayant déjà liquidé leur pension au titre de leur activité d'indépendante. Cette validation de la durée d'assurance aura un impact sur la pension à compter du mois suivant le dernier versement de cotisations, sans effet rétroactif sur les pensions déjà versées.

Cette procédure de rachat de trimestres sera ouverte du 1^{er} juillet 2022 au 31 décembre 2026 pour permettre la bonne information des intéressés et leur laisser le temps d'opter pour ce dispositif. Passé ce délai d'option, il ne sera plus possible aux intéressés de procéder au rachat de trimestres de retraite. La demande sera effectuée à l'initiative du travailleur indépendant auprès de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Le rachat pourra faire l'objet d'un étalement du paiement sur une durée maximale de 5 ans. Les conditions et modalités de la procédure de rachat seront fixées par décret.

Pour permettre l'exercice de ce rachat sans risque d'abus, le travailleur indépendant devra justifier de son immatriculation comme travailleur indépendant à Mayotte durant la période au titre de laquelle le rachat est demandé. Ainsi, la demande devra être accompagnée de justificatifs dont la liste sera fixée par arrêté. Elle comprendra notamment les pièces permettant d'attester de manière officielle de la qualité de travailleur indépendant (exemple : K-bis, inscription au registre, statut de la société, numéro SIREN) et de l'exercice d'une activité non salariée déclarée au titre de chacune des années de la période de rachat demandée (exemples : conventions, contrats, factures justifiant de la réalité de l'activité).

Enfin, il est envisagé de permettre la déductibilité fiscale du versement de ces cotisations complémentaires dans le cadre du projet de loi de finances pour 2022.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être proposé l'acquisition de points de retraite complémentaire obligatoire mais celle-ci ne relève pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale. De plus, le rachat de cotisations à un régime complémentaire des professionnels libéraux relève du pouvoir réglementaire et non législatif.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants mahorais, une « régularisation » en masse de l'ensemble des cotisations et contributions sociales pour les années 2012 à 2018 avait été envisagée. Toutefois, cela aurait supposé de collecter les déclarations de revenus qui n'ont pas toujours été effectuées et d'appeler les cotisations correspondantes pour tous les risques sur plusieurs années. Or, le coût serait trop important pour les travailleurs indépendants mahorais. En outre, une partie des périodes de cotisations concernées est d'ores et déjà prescrite.

De même, une validation gratuite des trimestres de retraite de base n'est pas possible en raison de l'absence de déclaration de revenu fiscal ou d'absence de fiabilité de ces déclarations, pour ces travailleurs indépendants depuis 2012. En effet le revenu social correspondant au revenu fiscal dont sont déduites, entre autres, les cotisations sociales déjà versées ainsi que les déductions fiscales et, les moins-values à long terme (article L. 131-6 du code de la sécurité sociale). Il aurait pu être reconstitué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) si les revenus fiscaux avaient été correctement déclarés. En tout état de cause, l'usage des données fiscales serait risqué car leur fiabilité s'avère insuffisante².

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

Cette mesure, en créant des droits à retraite sous forme d'acquisition de trimestres de retraite de base suite au paiement des cotisations, aura un impact sur les recettes et les dépenses des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants (CNAVPL et SSTI). Concernant les travailleurs indépendants mahorais, la mesure aura un impact sur les recettes et les dépenses de la CNAV, car la caisse de sécurité sociale de Mayotte est intégrée financièrement aux branches du régime général.

Pour cette raison, sa place en LFSS se justifie au regard du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

Le conseil d'administration de la CNAV a été saisi pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

¹ A noter que, comme pour les autres dispositifs de rachats existants, ces trimestres n'entraînent pas de report au compte et ne sont donc pas retenus pour le calcul du revenu annuel moyen basé sur les 25 meilleures années de rémunération.

² Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de juin 2018 sur « L'établissement, le contrôle et le recouvrement de l'impôt outre-mer » qui juge la gestion de l'impôt à Mayotte « très dégradée ».

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

Il n'existe pas de dispositions juridiques européennes ou de décisions de la Cour de justice des communautés européennes s'appliquant spécifiquement à ce sujet. Cette mesure n'est pas contraire aux dispositions juridiques ou jurisprudentielles de droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure ayant un caractère temporaire, elle n'a pas vocation à être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/					
-					
-					
-					
- Vieillesse	NC	NC	NC	NC	NC
-					
CIPAV	-	-	-	-	-
CSSM	NC	NC	NC	NC	NC

a) Impact financier du dispositif de rachat de trimestres pour les travailleurs indépendants n'ayant pas été affiliés à un régime de retraite du fait de la non reconnaissance de leur profession

Le barème du rachat sera fixé de façon à respecter un principe de neutralité actuarielle pour les régimes concernés. Ces rachats ne remettront donc pas en cause l'équilibre financier du régime des régimes concernés. Par hypothèse, l'impact financier sera donc neutre à terme.

b) Impact financier du dispositif de rachat de trimestres pour les travailleurs indépendants exerçant à Mayotte

Concernant le dispositif de rachat des trimestres pour les indépendants résidant et exerçant à Mayotte, l'impact financier reste difficile à estimer, notamment pour ses effets en dépenses. En effet, il n'existe pas de données disponibles, aucune retraite n'ayant été liquidée depuis 2012, date de première affiliation des indépendants mahorais au SSI. A titre d'information, la retraite moyenne servie au régime général pour les salariés du privé est de 282,35 euros. Elle est en moyenne de 617 euros pour un assuré ayant une durée d'assurance complète.

Au regard de ces éléments sur le niveau des retraites des salariés du privé à Mayotte et de la population concernée, l'impact financier serait donc marginal. En effet, selon les données de la CSSM, seules 9 000 personnes environ par an sont potentiellement concernées par cette mesure de rachat. En effet, la caisse de sécurité sociale de Mayotte recense entre 8 500 et 9 500 travailleurs indépendants immatriculés sur ses fichiers entre 2014 et 2018. Il s'agit d'un majorant ; le nombre de rachats effectivement demandés dépendra du taux de recours. Le nombre effectif de demandeurs devrait donc être plus faible.

On peut néanmoins évaluer le coût d'achat moyen d'un trimestre pour les personnes concernées et les recettes potentielles pour la CSSM. En effet, la validation d'un trimestre est acquise dès que 200 heures de travail rémunérées au SMIC ont été cotisées pour les travailleurs indépendants métropolitains pour les années 2012 et 2013 et 150h à compter de 2014. La validation de trois trimestres de retraite à Mayotte est donc déterminée sur une assiette de 600 heures SMIC mahorais pour 2012 et 2013 et sur 450 heures SMIC mahorais depuis 2014. Cette assiette passe respectivement à 800 heures SMIC mahorais et 600 heures SMIC mahorais pour valider quatre trimestres de retraite.

La valeur du SMIC prise en compte sera celle de l'année au titre de laquelle les trimestres seront rachetés. De même les taux de cotisation d'assurance vieillesse de base pris en compte seront ceux qui auraient été appliqués les années concernées, en fonction de la convergence fixée dans le décret n° 2019-632 du 24 juin 2019 précité. Pour les années 2012 à 2018, le taux de cotisation pris en compte serait celui fixé pour l'année 2019, en l'absence de taux définis sur cette même période dans les textes.

Ainsi, pour 3 trimestres rachetés par an, le coût total pour le cotisant serait de 2 400 € sur la période 2012-2022, soit en moyenne 218,18 € par année. Pour 4 trimestres rachetés par an, le coût total de l'opération serait de 3 200 € (290,91 € par année). Cela représente une masse financière de 21,6 M€ sur l'ensemble de la période si les rachats étaient cantonnés à 3 trimestres et le taux de recours égal à 100%. De même, la masse financière serait de 28,8 M€ si les rachats étaient cantonnés à 4 trimestres et le taux de recours égal à 100%.

	Taux vieillesse	SMIC horaire mahorais (au 1 ^{er} janvier)	Cotisation minimale pour 3 trimestres	Cotisation minimale pour 4 trimestres
2012	5,85%	6,77 €	237,63 €	316,84 €
2013	5,85%	6,96 €	244,30 €	325,73 €
2014	5,85%	7,11 €	187,17 €	249,56 €
2015	5,85%	7,26 €	191,12 €	254,83 €
2016	5,85%	7,30 €	192,17 €	256,23 €
2017	5,85%	7,37 €	194,02 €	258,69 €
2018	5,85%	7,46 €	196,38 €	261,85 €
2019	5,85%	7,57 €	199,28 €	265,71 €
2020	6,55%	7,66 €	225,78 €	301,04 €
2021	7,25%	7,74 €	252,52 €	336,69 €
2022	7,95%	7,82 €*	279,67 €	372,89 €

* Hypothèse de revalorisation identique à celle de 2021

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 favorable permet aux populations éligibles de s'ouvrir des droits à retraite sur des périodes anciennes, parfois prescrites, à des conditions financières avantageuses.

• Impact sur les jeunes

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

• Impact sur les personnes en situation de handicap

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

c) Impacts sur l'environnement

La présente mesure n'a pas d'impact environnemental.

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

Cette mesure s'applique sans distinction aux femmes et aux hommes travailleurs indépendants y étant éligibles. En ce sens, elle s'avère égalitaire dans le traitement des femmes et des hommes relevant des professions indépendantes non agricoles.

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

Cette mesure visant à améliorer les droits à retraite de base de certains travailleurs indépendants privés de leurs droits pour des raisons exogènes, nécessite une démarche individuelle pour racheter des trimestres par le versement de cotisations. Par conséquent, le choix d'opter pour cette option va avoir un impact financier pour les travailleurs indépendants. Afin de lisser l'impact financier pour ces assurés, une période de cinq ans est possible pour effectuer cette démarche, puis les caisses pourront accorder un étalement du paiement des cotisations sur une période prévue par décret.

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

Cette mesure nécessite peu d'adaptations des procédures ou des systèmes d'information des caisses, qui peuvent être réalisées à budget constant pour permettre :

- le calcul et la prise en compte des périodes de cotisations pour les travailleurs indépendants professionnels libéraux en défaut d'affiliation ;
- l'intégration des périodes de cotisations prescrites dans le cas du rachat pour les travailleurs indépendants mahorais.

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, sans nécessiter 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.

Des dispositions réglementaires (décrets simples) devront fixer les barèmes de rachat des périodes d'assurances ainsi que les modalités et conditions de la procédure de rachat de trimestres, d'une part pour les travailleurs indépendants sans affiliation à un régime de retraite et d'autre part pour les travailleurs indépendants mahorais.

Pour ces derniers, un arrêté fixera la liste de justificatifs à présenter pour justifier de leur immatriculation et de la réalité d'exercice de leur activité pour la période de 2012 à 2021, voire à 2022.

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

La mesure prendra effet à compter de l'entrée en vigueur de la publication de la présente loi et le rachat par les cotisants s'appliquant du 1^{er} juillet 2022 au 31 décembre 2026, les organismes de retraite auront jusqu'au 1^{er} juillet 2022 pour procéder à sa mise en place et à l'information de leurs affiliés.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes de retraite concernés (CNAV pour la SSTI, CIPAV et CSSM) diffuseront une communication complète sur la procédure de rachat de trimestres et ses modalités auprès de leurs affiliés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en place de la mesure ainsi que des demandes de rachat effectuées sera opéré par la direction de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 173-7 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 173-7 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les versements mentionnés aux articles L. 351-14-1, L. 351-17, L. 643-2 et L. 653-5 du présent code, à l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.</p>	<p>Les versements mentionnés aux articles L. 351-14-1, L. 351-17, L. 643-2 et L. 653-5 du présent code, à l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 et du I de l'article XX de la loi n° XX de financement de la sécurité sociale pour 2022.</p>

Article 53 – Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux

I. Présentation de la mesure

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

Créée par la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, la retraite progressive est un dispositif de transition entre l'emploi et la retraite permettant aux actifs proches de l'âge de la retraite de bénéficier d'une fraction de leur pension de vieillesse tout en exerçant une activité réduite. L'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale fixe actuellement trois conditions pour bénéficier de la retraite progressive :

- avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite minoré de deux ans, soit avoir au moins 60 ans ;
- justifier d'une durée d'assurance minimale de 150 trimestres dans les régimes d'assurance vieillesse ;
- être soit un salarié exerçant une activité à temps partiel selon la définition de l'article L. 3123-1 du code du travail, soit un travailleur indépendant justifiant d'une diminution de ses revenus professionnels, soit un travailleur non-salarié agricole justifiant de sa cessation progressive d'activité¹.

Les salariés ayant conclu avec leur employeur une convention de forfait en jours sur l'année prévoyant une durée du travail inférieure au plafond légal (218 jours) ou conventionnel ne sont pas éligibles à la retraite progressive : l'absence de quantification en heures de leur activité ne peut en effet les assimiler à des salariés à temps partiel. Cette interprétation a été confirmée par la Cour de cassation par une décision du 27 mars 2019 (n° 16-23.800). Cependant, dans sa décision n° 2020-885 QPC du 26 février 2021, *Nadine F.*, le Conseil constitutionnel a considéré que la privation de l'accès à la retraite progressive de ces salariés constituait une différence de traitement sans rapport avec l'objet de la loi. Il a en effet estimé qu'un salarié ayant conclu une convention de forfait en jours fixant un nombre de jours travaillés inférieur au plafond légal ou conventionnel exerçait, par rapport à cette durée maximale, une activité réduite. Il a aussi rappelé que l'ouverture du dispositif aux travailleurs indépendants confirmait que la retraite progressive ne saurait être subordonnée en droit à un décompte en heures de la durée du travail.

Le Conseil constitutionnel a laissé au législateur un délai courant jusqu'au 1^{er} janvier 2022 pour adapter le dispositif législatif et permettre aux salariés au forfait annuel en jours de bénéficier de la retraite progressive. Le présent article prévoit cette adaptation sans laquelle, par application de la décision du Conseil constitutionnel, la retraite progressive ne serait plus accessible aux salariés en raison de l'abrogation des dispositions les concernant.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée tire les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel en étendant le droit à la retraite progressive aux assurés relevant du régime général ou du régime des salariés agricoles ayant conclu une convention individuelle de forfait en jours dans l'année en application de l'article L. 3121-58 du code du travail ou, s'agissant des personnels contractuels de la fonction publique, de l'article 10 du décret n° 2000-815 du 25 août 2000 dans la fonction publique de l'État, de l'article 10 du décret n° 2001-623 du 12 juillet 2001 dans la fonction publique territoriale et de l'article 12 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 dans la fonction publique hospitalière. Le dispositif de retraite progressive est également rendu accessible aux travailleurs non-salariés, notamment les mandataires sociaux relevant, dans le régime général des salariés, de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et, dans le régime des salariés agricoles, de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, afin de sécuriser le dispositif au regard des conséquences de cette décision du Conseil constitutionnel.

Elle procède également à un toilettage juridique consistant à transférer les dispositions applicables aux travailleurs indépendants dans le livre VI du code de la sécurité sociale. Elle précise que pour bénéficier de la retraite progressive, l'assuré doit justifier d'une quotité de travail comprise entre deux limites fixées par décret en Conseil d'Etat. Elle précise également que la retraite progressive est ouverte aux seuls assurés exerçant à titre exclusif une activité à temps partiel ou à temps réduit, sauf dans les cas des assurés exerçant soit plusieurs activités à temps partiel, soit plusieurs activités à temps réduit. Enfin, elle clarifie et harmonise, pour les salariés et les non-salariés, les cas de suspension et les cas de suppression définitive de la retraite progressive.

b) Autres options possibles

La mesure aurait pu se limiter à tirer les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel du 26 février 2021 en étendant le dispositif de retraite progressive aux seuls salariés en forfait jours réduit. Toutefois, dans un objectif de sécurité juridique, elle prévoit également son extension aux travailleurs non-salariés relevant des régimes de salariés, dont les mandataires sociaux.

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

En étendant la retraite progressive aux salariés dont la durée de travail est fixée par un forfait en jours, cette mesure a un effet sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance vieillesse des années suivantes. Cet impact est pérenne. Cette mesure relève ainsi du 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

¹ L'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime (CRPM) évoque, notamment, la diminution des revenus professionnels.

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

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

Le conseil de l'UNCAM a parallèlement été informé du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime,
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 351-15, L. 351-16 et L. 634-3-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les articles L. 732-29 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c)

Sans objet.

d) 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 (articles 14-1 et 23-4 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure directement applicable (article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987)
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Selon la DARES, 1,6 million de salariés sont au forfait jours, dont 3,2 % ont plus de 60 ans. 15% d'entre eux recourent actuellement au temps partiel et deviendraient alors éligibles à la retraite progressive.

Selon les données de la CNAV, 16 % des assurés éligibles à la retraite progressive en 2019 (i.e. remplissant les conditions d'accès au dispositif et travaillant à temps partiel) y recouraient effectivement. Ce taux de recours est en forte hausse sur la période récente et continue de croître. Une hypothèse d'augmentation annuelle du recours de 10 % est donc retenue pour cette évaluation : en 2025, il s'établirait ainsi à 28 %.

L'application de ce taux de recours projeté de 28 % aux effectifs de salariés nouvellement éligibles conduit à évaluer à 2 200 le nombre de salariés au forfait jours susceptibles de recourir à la retraite progressive d'ici 2025. Une hypothèse de montée en charge progressive sur la période 2022-2025 est appliquée (550 bénéficiaires en 2022, 1 100 en 2023, 1 600 en 2024, 2 200 en 2025).

Selon les données de la CNAV, le montant moyen de la retraite progressive s'établit en moyenne à 390 € mensuels. Le niveau de rémunération des salariés au forfait jours étant plus élevé que celui des autres salariés, ce chiffre a été ajusté, sur la base de données de la DARES, en tenant compte du différentiel de rémunération. Le montant de la retraite progressive des salariés au forfait jours est ainsi évalué à 430 € mensuels en 2019. Le montant de la retraite complémentaire associée est évalué à 325 € en 2019, en tenant compte de la part de la complémentaire dans la retraite totale, sur la base de données de la DREES. Ces montants sont supposés évoluer comme l'inflation sur la période 2020-2025.

Les estimations présentées dans le tableau ci-dessous correspondent à la pondération des effectifs projetés par le montant de la retraite progressive de base d'une part et de la part complémentaire d'autre part.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2021 (rectificatif)	2022	2023	2024	2025
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse		-2,8 M€	-5,7 M€	-8,6 M€	-11,5 M€
- Autonomie					
(Autre : Etat, etc.)					
Agirc-Arrco		-2,1 M€	-4,3 M€	-6,5 M€	-8,6 M€

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

a) Impacts économiques

En étendant la retraite progressive à des salariés qui en étaient exclus, la mesure devrait avoir un impact positif sur le taux d'emploi des seniors, même si cet effet devrait rester mesuré au regard du nombre d'assurés concernés. En effet, au premier trimestre 2021, 14,5 % des salariés des entreprises de 10 salariés ou plus du secteur privé non agricole relèvent du forfait annuel en jours et en 2018, 15 % des salariés de 60 ans ou plus au forfait annuel en jours ont eu une durée de travail inférieure à 180 jours.

b) Impacts sociaux

La possibilité de recourir à la retraite progressive permettra aux salariés en convention de forfait en jours en fin de carrière de diminuer progressivement leur activité tout en pouvant bénéficier d'une partie de leur pension de retraite. Cette mesure bénéficiera en particulier aux cadres en forfait jours qui disposent d'une autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps, ainsi qu'aux salariés en forfait jours dont la durée du temps de travail ne peut être prédéterminée.

• *Impact sur les jeunes*

Cette mesure concernant les salariés en fin de carrière n'a pas d'impact 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 est sans impact environnemental.

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

Cette mesure est neutre en matière d'égalité entre les femmes et les hommes. Toutefois, si la retraite progressive concerne majoritairement des femmes (73 % des bénéficiaires dans le régime général en 2019), les salariés au forfait en jours sont majoritairement des hommes (73 % chez les cadres et 66 % chez les non cadres en 2010).

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

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

Les assurés concernés devront, comme les autres assurés actuellement, déposer une demande de retraite progressive auprès de leur caisse d'assurance vieillesse, accompagnée des justificatifs prouvant qu'ils en remplissent les conditions. Les pièces demandées seront distinctes des salariés à temps partiel, avec notamment le nombre de jours effectués et le nombre de jours prévus dans la convention de forfait. Les salariés dont la durée de travail atteint la durée légale ou conventionnelle devront au préalable obtenir de leur employeur le passage de leur activité à temps réduit.

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

Les systèmes d'information des caisses d'assurance vieillesse devront désormais intégrer un mode de décompte en jours de la durée du travail pour déterminer la fraction de pension perçue par l'assuré bénéficiaire d'une retraite progressive et dont la durée du travail est fixée en jours.

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.

La mesure est subordonnée à des dispositions prises par un décret en Conseil d'État (modifiant les articles R. 351-40 à R. 351-43 du code de la sécurité sociale) pour les salariés et un décret pour les travailleurs indépendants non agricoles (modifiant l'article D. 634-18 du code de la sécurité sociale). Un arrêté d'homologation du nouveau formulaire de demande de retraite progressive, prévu par l'article R. 351-34 du code de la sécurité sociale et adapté à la nouvelle législation, devra également être pris. Aucune disposition n'est nécessaire pour les salariés agricoles qui suivent les règles du régime général et pour les non-salariés agricoles non concernés par cette mesure.

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 doit être prise en œuvre au 1^{er} janvier 2022 compte tenu de la décision précitée du Conseil constitutionnel n° 2020-885 QPC du 26 février 2021, *Nadine F.* Cette obligation suppose que les textes d'application soient pris avant cette date et que les caisses d'assurance vieillesse soient informées du nouveau dispositif en amont.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des assurés sera mise en œuvre par les caisses d'assurance vieillesse.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de l'impact de l'extension de la retraite progressive aux salariés au forfait en jours sur le nombre de bénéficiaires et sur le coût global de ce dispositif sera demandé à la CNAV.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 351-15 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 351-15 modifié du code de la sécurité sociale
<p>L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail ou qui justifie d'une activité relevant du champ de l'article L. 631-1 exercée à titre exclusif dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition :</p> <p>1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ;</p> <p>2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles.</p> <p>La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé.</p> <p>L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.</p> <p>Le présent article est applicable aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail ou qui justifie d'une activité relevant du champ de l'article L. 631-1 exercée à titre exclusif dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition :</p> <p>I. – L'assuré qui exerce, à titre exclusif, une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail ou à temps réduit par rapport à la durée maximale légale, réglementaire ou conventionnelle exprimée en jours peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition :</p> <p>1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ;</p> <p>2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>3° De justifier d'une quotité de temps de travail comprise entre deux limites fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles.</p> <p>La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ou à temps réduit ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension cette fraction de pension est modifiée au terme d'un délai déterminé.</p> <p>L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.</p> <p>Le présent article est applicable aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II. – Le présent article est également applicable :</p> <p>1° Par dérogation au caractère exclusif de l'activité mentionné au premier alinéa du I, aux assurés exerçant soit plusieurs activités salariées à temps partiel, soit plusieurs activités salariées à temps réduit, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>2° Aux assurés exerçant à titre exclusif une activité non-salariée parmi celles mentionnées à l'article L. 311-3, dans des conditions fixées par décret et relatives notamment à la diminution des revenus professionnels.</p>
Article L. 351-16 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 351-16 modifié du code de la sécurité sociale

<p>Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité et qu'il en remplit les conditions d'attribution. Il est suspendu lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet.</p> <p>Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas être à nouveau demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète ou la reprise d'une activité à temps complet.</p> <p>La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité et qu'il en remplit les conditions d'attribution. Il est suspendu supprimé lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet.</p> <p>Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas être à nouveau demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète ou la reprise d'une activité à temps complet.</p> <p>Le service de la fraction de pension est suspendu lorsque, en dehors des cas mentionnés au premier alinéa, les conditions pour en bénéficier ne sont plus réunies.</p> <p>La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret.</p>
<p align="center">Article L. 634-3-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 634-3-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les articles L. 351-15 et L. 351-16 sont applicables aux prestations mentionnées à l'article L. 634-3.</p>	<p>Les articles L. 351-15 et L. 351-16 sont applicables aux prestations mentionnées à l'article L. 634-3.</p> <p>Les prestations mentionnées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 sont, sur demande de l'assuré, liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque celui-ci justifie d'une activité exercée à titre exclusif relevant de l'article L. 631-1, dans des conditions fixées par décret et relatives notamment à la diminution des revenus professionnels.</p>
<p align="center">Article L. 732-29 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L. 732-29 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Les dispositions des articles L. 351-15 et L. 351-16 du code de la sécurité sociale sont applicables, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels, au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant du régime des personnes non salariées des professions agricoles.</p>	<p>Les dispositions des articles L. 351-15 et L. 351-16 du code de la sécurité sociale sont applicables, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels, au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui justifie d'une activité à temps partiel réduite exercée à titre exclusif et relevant du régime des personnes non salariées des professions agricoles.</p>
<p align="center">Article L. 742-3 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L. 742-3 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le code de la sécurité sociale. A cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles :</p> <p>1° Le chapitre préliminaire du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, à l'exception de l'article L. 160-5, l'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, chapitres III, IV et V du titre Ier,</p>	<p>Les caisses de mutualité sociale agricole servent aux salariés agricoles et à leurs ayants droit en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, de veuvage et de décès, les prestations prévues par le code de la sécurité sociale. A cet effet, sont applicables au régime des assurances sociales agricoles :</p> <p>1° Le chapitre préliminaire du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, à l'exception de l'article L. 160-5, l'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes du livre III du code de la sécurité sociale : articles L. 311-5, chapitres III, IV et V du titre Ier,</p>

<p>titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : " l'article L. 411-1 " est remplacée par la référence : " au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime " ;</p> <p>2° Le titre VIII du livre IV du code de la sécurité sociale à l'exclusion des articles L. 482-1 à L. 482-4.</p> <p>Pour l'application de ces dispositions, la référence au régime général est remplacée par la référence au régime des assurances sociales agricoles et les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg.</p>	<p>titre II à l'exception de l'article L. 321-3 et du chapitre V, titres III et IV, titre V à l'exception du 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII, titre VI, titre VII, article L. 383-1. Pour l'application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, la référence : " l'article L. 411-1 " est remplacée par la référence : " au premier alinéa de l'article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime " ;</p> <p>2° Le titre VIII du livre IV du code de la sécurité sociale à l'exclusion des articles L. 482-1 à L. 482-4.</p> <p>Pour l'application de ces dispositions, la référence au régime général est remplacée par la référence au régime des assurances sociales agricoles et les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg et aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.</p> <p>Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 311-3 de ce code est remplacée par la référence à l'article L. 722-20 du présent code.</p>
---	--

