



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2026

Projet de loi de financement de la sécurité sociale

ANNEXE 9 Fiches d'évaluation préalable
des articles du projet de loi

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

PLFSS 2026

SOMMAIRE

PLFSS 2026 - Annexe 9

<i>Article 4 – Renforcer les pouvoirs de recouvrement des organismes</i>	<i>6</i>
<i>Article 5 – Simplifier l’affiliation, la déclaration de revenu, l’action sociale et la gouvernance de la sécurité sociale des artistes-auteurs</i>	<i>16</i>
<i>Article 6 – Maintenir les seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la CSG sur certains revenus de remplacement</i>	<i>25</i>
<i>Article 7 – Créer une contribution des organismes complémentaires au titre de l’année 2026</i>	<i>32</i>
<i>Article 8 – Réduire les niches sociales applicables aux compléments salariaux</i>	<i>36</i>
<i>Article 9 – Rationaliser certaines exonérations spécifiques</i>	<i>49</i>
<i>Article 10 – Simplifier la régulation du secteur des médicaments</i>	<i>65</i>
<i>Article 11 – Améliorer la gestion de trésorerie du régime général en instaurant un mécanisme d’acompte des remises relatives aux produits de santé</i>	<i>76</i>
<i>Article 12 – Clarifier les transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale</i>	<i>85</i>
<i>Article 16 – Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes</i>	<i>109</i>
<i>Article 18 – Etendre le champ des participations forfaitaires et franchises et rendre visible leur recouvrement</i>	<i>115</i>
<i>Article 19 – Prévenir l’augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d’accompagnement préventif dédiées</i>	<i>123</i>
<i>Article 20 – Simplifier et rendre plus efficace la politique vaccinale</i>	<i>130</i>
<i>Article 21 – Renforcer l’accès aux soins</i>	<i>144</i>
<i>Article 22 – Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé</i>	<i>158</i>
<i>Article 23 – Report de la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière (FPH)</i>	<i>177</i>
<i>Article 24 – Lutter contre les rentes dans le système de santé</i>	<i>182</i>
<i>Article 25 – Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires</i>	<i>194</i>
<i>Article 27 – Favoriser l’efficacité, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé</i>	<i>205</i>
<i>Article 28 – Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie, la durée d’indemnisation des arrêts de travail en cas d’accident ou de maladie professionnelle et supprimer l’obligation de visite de reprise pour un retour de congé maternité</i>	<i>216</i>
<i>Article 29 – Limiter la durée d’indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l’affection de longue durée</i>	<i>228</i>
<i>Article 30 – Favoriser le recours aux outils numériques d’aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération</i>	<i>235</i>
<i>Article 31 – Rendre obligatoires l’alimentation du Dossier Médical Partagé et sa consultation dans certains cas</i>	<i>241</i>
<i>Article 32 – Lutter contre le gaspillage des produits de santé</i>	<i>251</i>

Article 33– Améliorer la pénétration des biosimilaires et des génériques en ville.....	261
Article 34 – Adapter les dispositifs d’accès précoces, d’accès compassionnels et d’accès direct..	271
Article 35 – Expérimenter le référencement de médicaments thérapeutiquement équivalents	317
Article 36 – Adapter le financement des établissements accompagnant des enfants et des jeunes en situation de handicap dans le cadre de la réforme SERAFIN	324
Article 37 – Contribution de la CNSA à la prise en charge du coût de l’accord du 4 juin 2024 pour les départements.....	331
Article 38 – Déduire les indemnisations versées par les assurances et fonds d’indemnisation l’allocation personnalisée d’autonomie et la prestation de compensation du handicap	337
Article 39 – Améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles	351
Article 40 – Étendre le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1er janvier 2026 à la suite d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle.....	359
Article 41 - Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires.....	364
Article 42 - Créer un congé supplémentaire de naissance	370
Article 43 – Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite (CER).....	396
Article 44 – Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions	420
Article 45 – Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite.....	430

I. Présentation de la mesure

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

a) Problèmes à résoudre

La mesure s'inscrit dans la continuation des travaux de rapprochement des règles applicables au recouvrement amiable et forcé dans les sphères fiscale et sociale, initiés à la suite de la présentation du plan d'action « Simplification ! ». Elle doit donner de nouveaux outils aux URSSAF et aux caisses de MSA pour améliorer la performance du recouvrement des créances sociales.

Mesure n°1 – Suppression de l'obligation de publicité du privilège de la sécurité sociale

L'article 1929 *quater* du code général des impôts (CGI) et l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale (CSS) disposent qu'au-delà d'un certain seuil de créances, les **créanciers fiscaux et sociaux doivent automatiquement procéder à l'inscription de leurs privilèges** auprès du tribunal de commerce ou du tribunal judiciaire dans un certain délai¹ pour en conserver l'effet. À défaut d'inscription, ces créances sont réputées chirographaires et peuvent ainsi faire l'objet de conditions de remboursement dégradées en cas par exemple de liquidation judiciaire ou de constitution de classes de parties affectées. En 2024, les URSSAF ont ainsi procédé à 24 000 inscriptions pour un montant global de 1,5 Md€, à rapporter aux 2,7 Md€ de créances restant à recouvrer au titre de cette même année. Une partie de cet écart s'explique d'une part par les créances inférieures au seuil susmentionné du privilège occulte (créances privilégiées même sans inscription) et d'autre part par la régularisation rapide de certaines créances, qui ne font par conséquent pas l'objet d'une inscription de privilège (lequel peut être inscrit jusqu'au terme du semestre suivant la génération de la créance). Le reliquat concerne des créances dont le privilège n'a pu être inscrit à temps, ce qui est de nature à fragiliser le recouvrement par les URSSAF de leurs créances sociales.

Le « registre des sûretés mobilières et autres opérations connexes » sur lequel sont portées les inscriptions est public. Lorsque la procédure n'est pas automatisée², ces inscriptions peuvent toutefois s'avérer très lourdes et mobilisent du personnel qui pourrait être plus utilement affecté à des actions de recouvrement. La publicité de la dette sociale de l'entreprise peut en outre contribuer à dégrader encore sa situation et précipiter ainsi son insolvabilité et sa liquidation. Enfin, dans certaines situations, comme le basculement rapide et non anticipé en procédure collective de l'entreprise, les privilèges ne peuvent être inscrits à temps et cela conduit à des solutions d'apurement de la créance sociale dégradées par les tribunaux de commerce ou judiciaires.

Mesure n°2 – Allongement du délai, dans le cadre d'une procédure collective, permettant de convertir une déclaration provisionnelle en déclaration définitive pour les créances sociales

En cas de procédure collective, l'article L. 622-24 du code de commerce dispose que les créanciers publics doivent soumettre au mandataire judiciaire une déclaration de leurs créances nées antérieurement au jugement d'ouverture. Cette déclaration de créances doit être réalisée même si les créances en question n'ont pu être établies définitivement par un titre exécutoire. Dans ce cas, elles sont déclarées sur la base d'une évaluation et leur montant est admis à titre provisionnel. Leur établissement définitif doit, à peine de forclusion, être effectué dans le délai fixé par le tribunal de commerce pour établir la liste des créances admises à la procédure³.

Toutefois, en ce qui concerne les créances fiscales, lorsque la détermination de l'assiette et du calcul de l'impôt est en cours, l'établissement définitif des créances admises à titre provisionnel doit être effectué par l'émission du titre exécutoire dans un délai fixe de douze mois à compter de la publication du jugement d'ouverture. En outre, si une procédure de contrôle ou de rectification de l'impôt a été engagée, l'établissement définitif des créances qui en font l'objet doit être réalisé avant le dépôt au greffe du compte rendu de fin de mission par le mandataire judiciaire. Enfin, ce délai est suspendu en cas de recours amiable.

Ainsi, à la suite d'un contrôle, le délai laissé aux services fiscaux pour établir le montant définitif des créances à prendre en compte dans le cadre d'une procédure collective est plus long que pour les créanciers sociaux sans que cette distinction ne puisse être justifiée par une différence de situation ou de méthode d'établissement de la créance.

Mesure n°3 – Alignement des conditions de remise des pénalités et majorations de retard en cas d'ouverture de procédure collective du régime agricole sur celles prévues par le régime général

¹ En URSSAF, l'inscription doit être réalisée au terme du semestre civil suivant la date d'exigibilité de la créance ou dans les deux mois qui suivent la dénonciation d'un plan d'apurement qui n'aurait pas été respecté par le débiteur.

² Ce n'est pas le cas de certaines URSSAF et notamment de l'URSSAF d'Île-de-France.

³ Ce délai est prévu à l'article L. 624-1 du code de commerce.

L'actuel article L. 275-5 du CRPM doit être abrogé car il a le même objet, tout définissant des règles sensiblement différentes, que les dispositions prévues par l'article L. 725-9 du même code, qui rend applicable l'article L. 243-5 du CSS au régime agricole.

En effet, l'article L. 725-5 du CRPM prévoit la remise des pénalités, majorations de retard et frais de poursuite dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sans exception. Or l'article L. 243-5 du CSS, également applicable au régime agricole, prévoit que ces remises ne sont possibles que si le passif déclaré ne résulte pas d'une infraction au travail dissimulé telle que définie à l'article L. 8221-1 du code du travail. Il est donc proposé d'aligner les règles prévues pour le régime agricole sur celles définies pour le régime général en abrogeant l'article spécifique qui avait été maintenu jusqu'ici de façon concurrente dans le CRPM.

Mesure n°4 – Autoriser pour trois ans les directeurs d'organismes de sécurité sociale à déléguer leur signature aux présidents de CCSF pour la mise en place des sûretés et garanties bénéficiant à l'ensemble des créanciers publics

Dans le cadre des solutions d'apurement des créances négociées avec les entreprises, les URSSAF, tout comme les caisses de mutualité sociale agricole (MSA), peuvent prendre des garanties (hypothèque légale ou conventionnelle, fiducie,...). Si l'entreprise a contracté des dettes auprès d'autres créanciers publics et que le dossier est à ce titre géré par la commission des chefs de service financiers (CCSF), la prise de ces garanties ne peut pas pour autant être déléguée, en principe, au directeur départemental des finances publiques qui préside la CCSF.

En effet, l'article L. 122-1 du code de la sécurité sociale précise qu'un directeur d'URSSAF ou de caisse de MSA peut donner mandat à certains agents de son organisme ou d'un autre organisme de sécurité sociale pour représenter l'URSSAF dans tous les actes de la vie civile, sans viser l'hypothèse d'un mandat aux agents de l'administration fiscale.

Or, certains dossiers particulièrement complexes impliquent plusieurs filiales et donc une multiplicité de signataires, ce qui peut conduire à des retards dommageables pour la sécurisation des créances. La signature des actes par le seul président de la CCSF permettrait une centralisation efficiente, en cohérence avec l'objectif d'approfondissement de la coopération de leurs services que se sont notamment fixés l'ACOSS et la DGFIP. En pratique, il est en outre constaté que certaines URSSAF autorisaient déjà, dans certains cas, les présidents de la CCSF à signer certains actes en leur nom. La mesure permettra donc de sécuriser juridiquement des pratiques existantes.

b) Mesure proposée

Mesure n°1 – Suppression de l'obligation de publicité du privilège de la sécurité sociale

L'objet de la mesure proposée est de supprimer l'obligation de publicité du privilège de la sécurité sociale afin que **toutes les créances des organismes de recouvrement du régime général et du régime agricole bénéficient du privilège « occulte »** qui ne bénéficiait jusqu'ici qu'aux créances inférieures à un seuil défini à l'article D. 243-3 du code de la sécurité sociale (CSS), soit 10 000 € pour les créances des travailleurs indépendants, 15 000 € pour les créances d'employeurs de moins de 50 salariés et 20 000 € pour les autres créances.

Une mesure similaire pourra être portée dans le cadre du projet de loi de finances s'agissant de la publicité du privilège du Trésor pour les créances fiscales et douanières.

Mesure n°2 – Allongement du délai, dans le cadre d'une procédure collective, permettant de convertir une déclaration provisionnelle en déclaration définitive pour les créances issues d'un contrôle

La mesure a pour objet de permettre un alignement des dispositions concernant l'établissement définitif des créances sociales sur celles régissant les créances fiscales, afin que les organismes de recouvrement du régime général et agricole puissent bénéficier de leur caractère plus souple. Les créances sociales pourraient ainsi être établies définitivement dans un délai plus certain (le délai fixe de douze mois) allongé en cas de contrôle (le montant pourra être établi jusqu'à la fin de la mission du mandataire judiciaire), et suspendu en cas de recours amiable.

Mesure 3 - Alignement des conditions de remise des pénalités et majorations de retard en cas d'ouverture de procédure collective du régime agricole sur celles prévues par le régime général

La mesure proposée consiste en l'abrogation de l'article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime.

Mesure n°4 – Autoriser pour trois ans les directeurs d'organismes de sécurité sociale à déléguer leur signature aux présidents de CCSF pour la mise en place des sûretés et garanties bénéficiant à l'ensemble des créanciers publics

La mesure proposée consiste à autoriser les directeurs d'URSSAF ou de caisses de MSA à donner procuration au président de la CCSF, comme ils peuvent le faire par ailleurs au bénéfice du notaire chargé de la préparation des actes, pour signer les actes de garantie qui viennent sécuriser le remboursement des dettes quand des échéanciers de paiement sont accordés conjointement pas les créanciers publics dans le cadre de la CCSF.

c) Autres options possibles

L'ensemble des mesures proposées nécessite l'intervention du législateur, aussi aucune alternative n'a été envisagée. Le maintien de la situation actuelle serait peu satisfaisante au regard des problèmes exposés au point a).

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

La mesure relève de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale car elle présente un effet sur les règles relatives aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base et organismes.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Les mesures sont compatibles avec la directive (UE) 2019/1023 du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2019 relative aux cadres de restructuration préventive, à la remise de dettes et aux déchéances, et aux mesures à prendre pour augmenter l'efficacité des procédures en matière de restructuration, d'insolvabilité et de remise de dettes, et modifiant la directive (UE) 2017/1132 (directive sur la restructuration et l'insolvabilité).

La France a en effet mis en place les outils d'alerte précoce prévus par l'article 3 de cette directive en se fondant sur d'autres vecteurs d'information. Ainsi les commissaires aux comptes ont l'obligation de déclencher une procédure d'alerte dès lors qu'ils relèvent des faits qui peuvent compromettre la continuité de l'exploitation d'une société (article L.234-1 du code de commerce). Le comité social et économique (CSE) en application de l'article L. 2312-63 du code du travail ou les associés ou actionnaires d'une société ont également la possibilité de déclencher cette procédure.

En outre, le président du tribunal de commerce ou judiciaire compétent peut convoquer, afin d'apprécier sa situation et décider, le cas échéant, de mesures d'accompagnement adaptées, tout dirigeant d'une entreprise dès lors qu'il dispose d'indices laissant supposer que cette dernière connaît des difficultés de nature à compromettre la continuité de l'exploitation (article L. 611-2 du code de commerce). Le président du tribunal peut notamment exercer dans ce cadre un droit de communication auprès des administrations publiques et des organismes de sécurité sociale afin de disposer de toutes les informations utiles sur la situation de l'entreprise.

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

a) Possibilité de codification

Les articles dont il est proposé la modification pour les mesures n°1 et n°2 sont déjà codifiés dans le code de la sécurité sociale (articles L. 243-4 et L.243-5) et le code de commerce (article L. 622-24).

La mesure n°4 instaure une dérogation temporaire, d'une durée de trois ans, à certaines dispositions de l'article L. 122-1 du code de la sécurité sociale. Il n'est donc pas nécessaire de prévoir une codification en raison de ce caractère temporaire.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Collectivités d'outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	La mesure est applicable
Mayotte	La mesure est applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	La mesure est applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	La mesure est applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	La mesure n'y est pas applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La fin de l'obligation de publicité du privilège de la sécurité sociale permettra des gains pour la branche recouvrement. En effet, l'absence d'inscription des privilèges avant le basculement de l'entreprise en procédure collective (ce qui peut arriver si ce basculement est rapide et peu anticipable) peut aboutir à un traitement dégradé de la créance sociale. La mesure n°1, qui ne subordonne plus le privilège à sa publicité, permettra d'éviter ces cas. En 2024, sur les 2,7 Md€ de créances générées, 1,5 Md€ ont fait l'objet de l'inscription d'un privilège. Par conséquent, les 1,2 Md€ de créances annuelles supplémentaires sont soit couvertes par le privilège occulte, soit bénéficieraient du privilège du fait de la mesure proposée. Il est fait l'hypothèse que 70 % des créances tomberaient dans cette seconde catégorie.

Une grande partie de ces créances est toutefois régularisée dans les 12 mois (89,3% en février 2025). Par ailleurs, il est pris pour hypothèse que 80 % des créances restantes ne feront pas l'objet d'une procédure collective, auxquels cas le caractère privilégié ne confèrera pas de chances supplémentaires de recouvrement.

Enfin, il est pris pour hypothèse que le caractère privilégié confère une possibilité de recouvrement majorée de 30%.

Par conséquent, **le gain financier de la mesure est estimé à : 1,2 Md€ x 70% x 10,7% x 20% x 30% = 5,4 M€**

Les mesures n°2, n°3 et n°4 permettent pour l'essentiel de fluidifier des procédures de recouvrement, sans gain financier direct estimable. Certaines créances pourront être inscrites à titre définitif dans le cadre de procédures collectives là où les délais dans le droit en vigueur ne permettraient pas de le faire, ce qui conduira à leur possible remboursement dans le cadre de cette procédure et, de manière plus indirecte, les efforts des agents chargés du recouvrement pourront être dégagés vers des opérations à plus forte valeur ajoutée.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS		5,3	5,3	5,3	5,3
- Maladie	0	+ 2,1	+ 2,1	+ 2,1	+ 2,1
- AT-MP	0	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,2
- Famille	0	+ 0,7	+ 0,7	+ 0,7	+ 0,7
- Vieillesse	0	+ 1,8	+ 1,8	+ 1,8	+ 1,8
- Autonomie	0	+ 0,5	+ 0,5	+ 0,5	+ 0,5

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

a) impacts économiques

Concernant l'impact éventuel de la mesure n°1 de suppression de la publicité du privilège pour la détection précoce des entreprises en difficulté : même en l'absence de publicité les tribunaux de commerce ou judiciaires pourront continuer à

bénéficier des informations pertinentes dans le cadre notamment des entretiens de prévention prévus à l'article L. 611-2 du code de commerce. Cet article autorise en effet le président du tribunal compétent à obtenir communication de tous renseignements de nature à lui donner une exacte information sur la situation économique et financière d'une entreprise auprès des organismes de sécurité sociale.

L'occultation du privilège et l'absence d'information sur la situation de l'entreprise dont témoignait jusqu'ici la publicité de l'inscription sont susceptibles de dégrader la connaissance des cocontractants sur la situation d'une entreprise en difficulté, mais d'autres éléments plus habituels (difficultés de paiement, allongement des délais) permettront encore de les alerter.

Les mesures n°2 et n°4 n'auront pas d'impact économique, puisqu'il s'agit davantage d'une meilleure organisation interne à l'administration des opérations de recouvrement portant sur des créances dues dans toutes les hypothèses.

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

Les mesures proposées n'entraînent aucune démarche, formalité ou charge administrative supplémentaire pour les redevables. La mesure n°1 devrait avoir un impact positif pour les débiteurs dans la mesure où elle limitera la publicité de leurs difficultés, mais entraînera une information moindre de leurs cocontractants sur leurs difficultés financières.

Les entreprises débitrices ne se verront plus facturer les frais d'inscription et de radiation du privilège¹.

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

Les mesures proposées n'impliquent pas de développements informatiques importants pour les URSSAF et caisses de MSA, dont les systèmes devront être adaptés à la marge pour tenir compte des nouvelles règles applicables (avec par exemple le décommissionnement des inscriptions automatiques de privilèges dans les URSSAF qui avaient mis en place une telle procédure).

La mesure n°1 entraîne au contraire la suppression d'une charge administrative conséquente pour ces organismes. La mesure n°3 améliorera par ailleurs la fluidité du travail entre les administrations sociale et fiscale.

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

La mesure de suppression de l'obligation de publicité du privilège aura un impact globalement positif sur le budget des caisses de sécurité sociale, en supprimant une procédure administrative lourde et occasionnellement coûteuse pour les URSSAF et les caisses de MSA.

Les deux autres mesures sont sans impact sur le budget et l'emploi des caisses.

¹ Article R.243-56 du CSS

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

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

Un décret en Conseil d'Etat devra être pris :

- pour préciser la durée pendant laquelle les créances de sécurité sociale seront privilégiées à compter de leur date d'exigibilité, ainsi que l'allongement de cette durée dans des cas particuliers ;
- et pour abroger ou modifier certaines mesures réglementaires qui précisent aujourd'hui les conditions de mise en œuvre de la publicité du privilège de la sécurité sociale (articles R. 243-46 à -58 du code de la sécurité sociale et articles R. 521-2, R. 521-6, R. 521-7 et R. 521-12 du code de commerce).

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

Des délais d'adaptation de l'organisation et des systèmes d'information des URSSAF et des caisses de MSA, ainsi que de communication aux cotisants rendent nécessaire une entrée en vigueur différée des mesures : le 1^{er} juillet 2026 pour la mesure relative à la suppression de l'obligation de publicité du privilège, le 1^{er} janvier 2027 pour les mesures relatives à la conversion des créances provisoires en créances définitives et à la délégation de signature des directeurs d'URSSAF.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet : les mesures proposées n'impliquent aucune modification de leurs obligations en matière sociale.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 133-9-2 de la sécurité sociale avant modification	Article L. 133-9-2 de la sécurité sociale après modification
Les cotisations, les contributions et la retenue à la source mentionnées à l'article L. 133-9 sont recouvrées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 5422-9 et suivants du code du travail. Toutefois : 1° Le versement des cotisations, des contributions et de la retenue à la source est exigible au plus tard le quinzième jour suivant le terme du contrat de travail ; 2° Il est appliqué une majoration de retard de 6 % du montant des cotisations, des contributions et de la retenue à la source qui n'ont pas été versées à la date d'exigibilité. Cette majoration est augmentée de 1 % du montant des cotisations, des contributions et de la retenue à la source dues par mois ou fraction de mois écoulé, après l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date limite d'exigibilité des cotisations, des contributions et de la retenue à la source. La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie à l'article L. 133-9 du présent code entraîne l'application de la majoration prévue, dans l'un ou l'autre cas, au II de l'article L. 133-5-5. Les employeurs mentionnés à l'article L. 133-9 peuvent présenter auprès du directeur de l'organisme habilité une demande gracieuse de réduction, totale ou partielle, des majorations prévues ci-dessus ; 3° Si la mise en demeure de régulariser la situation dans un délai de quinze jours reste sans effet, le directeur de l'organisme habilité peut délivrer une contrainte notifiée au débiteur par lettre recommandée avec accusé de réception. A 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 compétent, la contrainte comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ; 4° Les sûretés applicables sont celles prévues par les articles L. 243-4 et L. 243-5.	Les cotisations, les contributions et la retenue à la source mentionnées à l'article L. 133-9 sont recouvrées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 5422-9 et suivants du code du travail. Toutefois : 1° Le versement des cotisations, des contributions et de la retenue à la source est exigible au plus tard le quinzième jour suivant le terme du contrat de travail ; 2° Il est appliqué une majoration de retard de 6 % du montant des cotisations, des contributions et de la retenue à la source qui n'ont pas été versées à la date d'exigibilité. Cette majoration est augmentée de 1 % du montant des cotisations, des contributions et de la retenue à la source dues par mois ou fraction de mois écoulé, après l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date limite d'exigibilité des cotisations, des contributions et de la retenue à la source. La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie à l'article L. 133-9 du présent code entraîne l'application de la majoration prévue, dans l'un ou l'autre cas, au II de l'article L. 133-5-5. Les employeurs mentionnés à l'article L. 133-9 peuvent présenter auprès du directeur de l'organisme habilité une demande gracieuse de réduction, totale ou partielle, des majorations prévues ci-dessus ; 3° Si la mise en demeure de régulariser la situation dans un délai de quinze jours reste sans effet, le directeur de l'organisme habilité peut délivrer une contrainte notifiée au débiteur par lettre recommandée avec accusé de réception. A 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 compétent, la contrainte comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ; 4° Les sûretés applicables sont celles prévues par ~~les~~ articles L. 243-4 et L. 243-5 l'article L. 243-4.
Article L. 243-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 243-4 du code de la sécurité sociale après modification
Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est garanti pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, lequel privilège prend rang concurremment avec et celui des salariés établis par l'article 2331 du code civil et les articles L. 625-7 et L. 625-8 du code de commerce. Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est également garanti, à compter du 1^{er} janvier 1956, par une hypothèque légale en exécution des prescriptions applicables en matière de publicité foncière.	Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est garanti ~~pendant un an~~ à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, ~~lequel privilège~~ pour une durée et selon des modalités prévues par un décret en Conseil d'Etat. Ce privilège prend rang concurremment avec et celui des salariés établis par l'article 2331 du code civil et les articles L. 625-7 et L. 625-8 du code de commerce. Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est également garanti, à compter du 1^{er} janvier 1956, par une hypothèque légale en exécution des prescriptions applicables en matière de publicité foncière.
Article L. 243-5 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 243-5 du code de la sécurité sociale après modification
Dès lors qu'elle dépasse un montant fixé par décret, toute créance privilégiée en application du premier alinéa de	~~Dès lors qu'elle dépasse un montant fixé par décret, toute créance privilégiée en application du premier alinéa de~~

l'article L. 243-4, due par un commerçant, une personne immatriculée en tant qu'entreprise du secteur des métiers et de l'artisanat au registre national des entreprises, une personne physique exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale, ou une personne morale de droit privé, doit être inscrite dans un registre, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat, au terme du semestre civil suivant sa date limite de paiement ou, le cas échéant, la date de notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, lorsque la créance est constatée lors d'un contrôle organisé en application des dispositions de l'article L. 243-7. Le montant mentionné au présent alinéa est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise. Toutefois, l'organisme créancier n'est pas tenu d'inscrire ces créances lorsque le débiteur respecte un plan d'apurement échelonné de sa dette. Dès que le plan est dénoncé, l'organisme créancier doit procéder à l'inscription dans un délai de deux mois. En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires du redevable ou d'un tiers tenu légalement au paiement de ces sommes, le privilège dont l'inscription n'a pas été régulièrement requise à l'encontre du redevable ne peut plus être exercé pour les créances qui étaient soumises à titre obligatoire à cette inscription. Une inscription peut faire l'objet à tout moment d'une radiation totale ou partielle à la diligence des organismes de sécurité sociale ou du redevable. Toutefois, lorsque l'inscription est devenue sans objet, dès lors que le débiteur s'est acquitté de sa dette et sous réserve du règlement, auprès de l'organisme créancier, des frais liés aux formalités d'inscription et de radiation, cet organisme en demande la radiation totale dans un délai d'un mois. Le privilège est conservé au-delà du délai prévu par décret en Conseil d'Etat sur les biens qui ont fait l'objet d'une saisie avant l'expiration de ce délai. En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8221-1 du code du travail.	~~l'article L. 243-4, due par un commerçant, une personne immatriculée en tant qu'entreprise du secteur des métiers et de l'artisanat au registre national des entreprises, une personne physique exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale, ou une personne morale de droit privé, doit être inscrite dans un registre, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat, au terme du semestre civil suivant sa date limite de paiement ou, le cas échéant, la date de notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, lorsque la créance est constatée lors d'un contrôle organisé en application des dispositions de l'article L. 243-7. Le montant mentionné au présent alinéa est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise.~~ ~~Toutefois, l'organisme créancier n'est pas tenu d'inscrire ces créances lorsque le débiteur respecte un plan d'apurement échelonné de sa dette. Dès que le plan est dénoncé, l'organisme créancier doit procéder à l'inscription dans un délai de deux mois.~~ ~~En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires du redevable ou d'un tiers tenu légalement au paiement de ces sommes, le privilège dont l'inscription n'a pas été régulièrement requise à l'encontre du redevable ne peut plus être exercé pour les créances qui étaient soumises à titre obligatoire à cette inscription.~~ ~~Une inscription peut faire l'objet à tout moment d'une radiation totale ou partielle à la diligence des organismes de sécurité sociale ou du redevable. Toutefois, lorsque l'inscription est devenue sans objet, dès lors que le débiteur s'est acquitté de sa dette et sous réserve du règlement, auprès de l'organisme créancier, des frais liés aux formalités d'inscription et de radiation, cet organisme en demande la radiation totale dans un délai d'un mois.~~ ~~Le privilège est conservé au-delà du délai prévu par décret en Conseil d'Etat sur les biens qui ont fait l'objet d'une saisie avant l'expiration de ce délai.~~ En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8221-1 du code du travail.
Article L. 452-4 du code de la sécurité sociale avant modification A défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et des indemnités mentionnées à l'article L. 452-3, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement. L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci. L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement. Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés.	Article L. 452-4 du code de la sécurité sociale après modification A défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et des indemnités mentionnées à l'article L. 452-3, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement. L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci. L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement. Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés.

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7. Le produit en est affecté au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le paiement du capital prévu à l'article L. 452-2 est garanti par privilège dans les conditions et au rang fixés par les articles L. 243-4 et L. 243-5. Dans le cas où un élève ou un étudiant mentionné aux a ou b du 2° de l'article L. 412-8 du présent code, au 1° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime ou au 1° de l'article L. 761-14 du même code, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenu par le fait ou à l'occasion d'une période de formation en milieu professionnel ou d'un stage, engage une action en responsabilité fondée sur la faute inexcusable de l'employeur contre l'établissement d'enseignement, celui-ci est tenu d'appeler en la cause l'organisme d'accueil de la période de formation en milieu professionnel ou du stage pour qu'il soit statué dans la même instance sur la demande du stagiaire et sur la garantie des conséquences financières d'une reconnaissance éventuelle de faute inexcusable.	Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7. Le produit en est affecté au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le paiement du capital prévu à l'article L. 452-2 est garanti par privilège dans les conditions et au rang fixés par ~~les~~ <u>articles L. 243-4 et L. 243-5</u> l'article L. 243-4. Dans le cas où un élève ou un étudiant mentionné aux a ou b du 2° de l'article L. 412-8 du présent code, au 1° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime ou au 1° de l'article L. 761-14 du même code, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenu par le fait ou à l'occasion d'une période de formation en milieu professionnel ou d'un stage, engage une action en responsabilité fondée sur la faute inexcusable de l'employeur contre l'établissement d'enseignement, celui-ci est tenu d'appeler en la cause l'organisme d'accueil de la période de formation en milieu professionnel ou du stage pour qu'il soit statué dans la même instance sur la demande du stagiaire et sur la garantie des conséquences financières d'une reconnaissance éventuelle de faute inexcusable.
Article L. 622-24 du code du commerce avant modification	Article L. 622-24 du code du commerce après modification
A partir de la publication du jugement, tous les créanciers dont la créance est née antérieurement au jugement d'ouverture, à l'exception des salariés, adressent la déclaration de leurs créances au mandataire judiciaire dans des délais fixés par décret en Conseil d'Etat. Lorsque le créancier a été relevé de forclusion conformément à l'article L. 622-26, les délais ne courent qu'à compter de la notification de cette décision ; ils sont alors réduits de moitié. Les créanciers titulaires d'une sûreté publiée ou liés au débiteur par un contrat publié sont avertis personnellement ou, s'il y a lieu, à domicile élu. Le délai de déclaration court à l'égard de ceux-ci à compter de la notification de cet avertissement. La déclaration des créances peut être faite par le créancier ou par tout préposé ou mandataire de son choix. Le créancier peut ratifier la déclaration faite en son nom jusqu'à ce que le juge statue sur l'admission de la créance. Lorsque le débiteur a porté une créance à la connaissance du mandataire judiciaire, il est présumé avoir agi pour le compte du créancier tant que celui-ci n'a pas adressé la déclaration de créance prévue au premier alinéa. La déclaration des créances doit être faite alors même qu'elles ne sont pas établies par un titre. Celles dont le montant n'est pas encore définitivement fixé sont déclarées sur la base d'une évaluation. Les créances du Trésor public et des organismes de prévoyance et de sécurité sociale ainsi que les créances recouvrées par les organismes visés à l'article L. 5427-1 à L. 5427-6 du code du travail qui n'ont pas fait l'objet d'un titre exécutoire au moment de leur déclaration sont admises à titre provisionnel pour leur montant déclaré. En tout état de cause, les déclarations du Trésor et de la sécurité sociale sont toujours faites sous réserve des impôts et autres créances non établis à la date de la déclaration. Sous réserve des procédures judiciaires ou administratives en cours, leur établissement définitif doit, à peine de forclusion, être effectué dans le délai prévu à l'article L. 624-1. Si la détermination de l'assiette et du calcul de l'impôt est en cours, l'établissement définitif des créances admises à titre provisionnel doit être effectué par l'émission du titre exécutoire dans un délai de douze mois à	A partir de la publication du jugement, tous les créanciers dont la créance est née antérieurement au jugement d'ouverture, à l'exception des salariés, adressent la déclaration de leurs créances au mandataire judiciaire dans des délais fixés par décret en Conseil d'Etat. Lorsque le créancier a été relevé de forclusion conformément à l'article L. 622-26, les délais ne courent qu'à compter de la notification de cette décision ; ils sont alors réduits de moitié. Les créanciers titulaires d'une sûreté publiée ou liés au débiteur par un contrat publié sont avertis personnellement ou, s'il y a lieu, à domicile élu. Le délai de déclaration court à l'égard de ceux-ci à compter de la notification de cet avertissement. La déclaration des créances peut être faite par le créancier ou par tout préposé ou mandataire de son choix. Le créancier peut ratifier la déclaration faite en son nom jusqu'à ce que le juge statue sur l'admission de la créance. Lorsque le débiteur a porté une créance à la connaissance du mandataire judiciaire, il est présumé avoir agi pour le compte du créancier tant que celui-ci n'a pas adressé la déclaration de créance prévue au premier alinéa. La déclaration des créances doit être faite alors même qu'elles ne sont pas établies par un titre. Celles dont le montant n'est pas encore définitivement fixé sont déclarées sur la base d'une évaluation. Les créances du Trésor public et des organismes de prévoyance et de sécurité sociale ainsi que les créances recouvrées par les organismes visés à l'article L. 5427-1 à L. 5427-6 du code du travail qui n'ont pas fait l'objet d'un titre exécutoire au moment de leur déclaration sont admises à titre provisionnel pour leur montant déclaré. En tout état de cause, les déclarations du Trésor et de la sécurité sociale sont toujours faites sous réserve des impôts et autres créances non établis à la date de la déclaration. Sous réserve des procédures judiciaires ou administratives en cours, leur établissement définitif doit, à peine de forclusion, être effectué dans le délai prévu à l'article L. 624-1. Si la détermination de l'assiette et du calcul de l'impôt <u>ou des cotisations et contributions sociales</u> est en cours, l'établissement définitif des créances admises à titre

compter de la publication du jugement d'ouverture. Toutefois, si une procédure de contrôle ou de rectification de l'impôt a été engagée, l'établissement définitif des créances qui en font l'objet doit être réalisé avant le dépôt au greffe du compte rendu de fin de mission par le mandataire judiciaire. Le délai de cet établissement définitif est suspendu par la saisine de l'une des commissions mentionnées à l'article L. 59 du livre des procédures fiscales jusqu'à la date de réception par le contribuable ou son représentant de l'avis de cette commission ou celle d'un désistement. Les institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail sont soumises aux dispositions du présent article pour les sommes qu'elles ont avancées et qui leur sont remboursées dans les conditions prévues pour les créances nées antérieurement au jugement ouvrant la procédure. Les créances nées régulièrement après le jugement d'ouverture, autres que celles mentionnées au I de l'article L. 622-17 sont soumises aux dispositions du présent article. Les délais courent à compter de la date d'exigibilité de la créance. Toutefois, les créanciers dont les créances résultent d'un contrat à exécution successive déclarent l'intégralité des sommes qui leur sont dues dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Le délai de déclaration, par une partie civile, des créances nées d'une infraction pénale court dans les conditions prévues au premier alinéa ou à compter de la date de la décision définitive qui en fixe le montant, lorsque cette décision intervient après la publication du jugement d'ouverture. Les créances alimentaires ne sont pas soumises aux dispositions du présent article.	provisionnel doit être effectué par l'émission du titre exécutoire dans un délai de douze mois à compter de la publication du jugement d'ouverture. Toutefois, si une procédure de contrôle ou de rectification de l'impôt ou des cotisations et contributions sociales a été engagée l'établissement définitif des créances qui en font l'objet doit être réalisé avant le dépôt au greffe du compte rendu de fin de mission par le mandataire judiciaire. Le délai de ~~cet établissement définitif~~ l'établissement définitif des créances fiscales est suspendu par la saisine de l'une des commissions mentionnées à l'article L. 59 du livre des procédures fiscales jusqu'à la date de réception par le contribuable ou son représentant de l'avis de cette commission ou celle d'un désistement. Les institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail sont soumises aux dispositions du présent article pour les sommes qu'elles ont avancées et qui leur sont remboursées dans les conditions prévues pour les créances nées antérieurement au jugement ouvrant la procédure. Les créances nées régulièrement après le jugement d'ouverture, autres que celles mentionnées au I de l'article L. 622-17 sont soumises aux dispositions du présent article. Les délais courent à compter de la date d'exigibilité de la créance. Toutefois, les créanciers dont les créances résultent d'un contrat à exécution successive déclarent l'intégralité des sommes qui leur sont dues dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Le délai de déclaration, par une partie civile, des créances nées d'une infraction pénale court dans les conditions prévues au premier alinéa ou à compter de la date de la décision définitive qui en fixe le montant, lorsque cette décision intervient après la publication du jugement d'ouverture. Les créances alimentaires ne sont pas soumises aux dispositions du présent article.
Article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime après modification
En cas de procédures de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités ou majorations de retard dues par le redevable à la date du jugement d'ouverture, ainsi que les frais de poursuite, sont remis.	~~En cas de procédures de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités ou majorations de retard dues par le redevable à la date du jugement d'ouverture, ainsi que les frais de poursuite, sont remis.~~

Article 5 – Simplifier l’affiliation, la déclaration de revenu, l’action sociale et la gouvernance de la sécurité sociale des artistes-auteurs

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Certaines des missions confiées à la SSAA apparaissent soit insuffisamment remplies, soit redondantes avec celles déjà exercées par l’URSSAF Limousin. Dans le même temps certains besoins directement ou indirectement liés à la protection sociale des artistes auteurs ne sont remplis. Il est proposé par le présent dispositif de rationaliser l’organisation de ces compétences en recentrant l’organisme agréé sur la définition et la gestion de l’action sociale ainsi que le rôle de représentation pour le champ social.

Dans la continuité des recommandations de la Cour des comptes publiées dans le cadre du rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale des comptes de la sécurité sociale pour 2024, l’article met fin à la délégation de certaines activités de gestion à la SSAA pour faire de l’URSSAF du Limousin, déjà principal point de contact et bien identifié par les artistes auteurs, l’unique interlocuteur en matière d’accès à la sécurité sociale (affiliation, cotisations).

Cette fin de transfert de compétences implique une redéfinition du rôle de la SSAA, qui sera réorientée sur des missions stratégiques et non plus de gestion déléguée, sur lesquelles les organisations professionnelles doivent être consultées.

Pour permettre cette évolution, une adaptation du cadre législatif est nécessaire, afin de lever l’exigence actuelle qui prévoit l’exercice des missions par un opérateur agréé. L’objectif est de sécuriser le changement d’organisation, tout en simplifiant le pilotage et la gestion de la protection sociale des artistes-auteurs.

b) Mesure proposée

Cette mesure de transformation et d’amélioration du régime au bénéfice des artistes-auteurs présente deux volets.

1. Une reprise par l’URSSAF du Limousin de certaines missions aujourd’hui déléguées mais indissociables du recouvrement

Ce transfert suit une logique de rationalisation des rôles et des responsabilités, pour améliorer la gestion des droits sociaux des artistes-auteurs et simplifier l’action publique. L’objectif est ainsi un traitement homogène et efficace à tous les artistes-auteurs. L’URSSAF du Limousin serait alors chargée des missions suivantes dans l’ensemble de leurs aspects :

- La gestion individuelle des demandes d’affiliation et du contrôle du champ du régime. L’URSSAF disposerait d’un fichier unique de recensement des artistes-auteurs affiliés. Cette mise en place permettra une gestion plus fluide et cohérente des droits sociaux des artistes-auteurs en simplifiant les démarches administratives et garantissant la continuité des droits sociaux. Cette amélioration se traduira notamment par la mise en commun des données propres à l’immatriculation et l’affiliation, et une meilleure prise en charge de la gestion complexe des radiations et régularisations
- La gestion opérationnelle des dossiers individuels de l’action sociale. Ce transfert confie à l’URSSAF du Limousin, à la fois, la charge de l’instruction individuelle des dossiers de demandes d’aides (recevabilité des dossiers, instruction au fond) dans le respect de la réglementation fixée par la SSAA puis la mise en paiement des auteurs éligibles à la perception des aides concernées. Aujourd’hui, l’URSSAF du Limousin gère en lien avec la SSAA l’aide à la surcotisation mais il est entendu qu’une fois le règlement d’action sociale défini par le CA de la SSAA fixant de manière plus claire les règles à appliquer, un basculement en gestion directe pour la majorité des cas (les cas simples) par l’URSSAF Limousin pourrait être directement mis en place. Cette centralisation de la gestion des aides tend à améliorer l’efficacité de l’action sociale en bénéficiant des ressources et des compétences déjà disponibles au sein du réseau de l’URSSAF. Les caisses assurent déjà un rôle significatif en matière d’action sociale et sanitaire comme exemple les aides du dispositif d’action sociale du CPSTI portées par l’URSSAF au bénéfice des travailleurs indépendants.
- La prise en charge du recouvrement de l’ensemble des cotisations des artistes-auteurs pour les revenus antérieurs au 1^{er} janvier 2019. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit le transfert de la mission de recouvrement uniquement pour les cotisations et contributions sociales dues par les artistes-auteurs à compter du 1^{er} janvier 2019. Pour les périodes antérieures à cette date, la SSAA continue d’être compétente pour assurer le recouvrement. Il est ainsi proposé de centraliser la gestion de l’ensemble des cotisations au sein de l’URSSAF parfaitement en mesure d’assurer une approche unifiée de ces enjeux quel que soit leur fait générateur.

Dans un même souci de rationalisation, cette mesure propose la dématérialisation obligatoire de la déclaration de revenu des artistes auteurs. Actuellement, les AA ont la possibilité de déclarer leurs revenus en ligne ou par papier. La déclaration

papier est à la fois remplie par l’AA puis doit être ressaisie par les agents de l’Urssaf. Deux formats de déclaration doivent donc être tenus à jour. Cette évolution permettrait à la fois des gains en termes d’efficience et de qualité du renseignement. La dématérialisation permettrait de limiter les incohérences et la double saisie par les services de l’ACOSS. Par ailleurs, la mesure est particulièrement pertinente avec la future nomenclature souhaitée des activités des AA qui va complexifier la déclaration de revenu, particulièrement sous le format papier. Cette mesure de simplification permettra des économies de gestion significatives. A titre d’exemple, la campagne de déclarations de revenus 2025, l’URSSAF a adressé 221 500 plis comprenant 1 108 955 pages aux artistes-auteurs n’ayant pas activé de compte dématérialisé alors qu’au 15 juillet 2025, 15 900 déclarations seulement ont été saisies manuellement par les agents de l’URSSAF¹. Cette obligation de dématérialisation rejoint celle des employeurs pour les salariés et des travailleurs indépendants, déjà opposable depuis plusieurs années.

Poursuivant également l’objectif de simplification des procédures, il est proposé d’automatiser le remboursement des trop versés de cotisations vieillesse plafonnées. Cette mesure ne crée pas de nouveaux droits aux cotisants mais simplifie la déclaration alors qu’environ 50 % des artistes-auteurs renoncent ou oublient de demander l’application d’un juste calcul. L’URSSAF Limousin estime ainsi qu’au cours de la campagne de déclaration des revenus 2022 en 2023, 15 769 comptes éligibles identifiés par l’outil en charge du remboursement de la vieillesse : 8600 AA potentiellement éligibles n’ont pas demandé de remboursement, et sur les 12 193 demandes reçues par la caisse, il y avait 7 161 comptes éligibles pour un montant remboursé total de 4,5M€.

2. Maintenir la sécurité sociale des artistes-auteurs : un organisme agréé de représentation entre les assurés et l’Etat sur les sujets de protection sociale

En parallèle, la mesure prévoit le maintien de la SSAA en tant qu’organisme agréé afin de conserver dans le régime de protection sociale des artistes-auteurs une instance de représentation assurant un rôle d’interlocuteur entre les assurés et l’Etat concernant leur protection sociale de base.

Il est ainsi proposé de conserver le conseil d’administration (CA) de la SSAA en tant qu’organe de dialogue mais aux missions redéfinies. La mesure vient renforcer le rôle stratégique de l’instance et une participation accrue des représentants professionnels

D’un part, lors d’une procédure de recours adressé par un cotisant à l’encontre d’une décision d’affiliation ou de rejet d’affiliation de l’URSSAF du Limousin portant sur le caractère artistique de l’activité, et notamment en cas de contestation, il peut être opportun de faire appel à l’expertise de professionnels pour apprécier si l’activité entre dans le champ du régime. Sur ce point, **il est proposé de renvoyer l’articulation avec les commission professionnelles à un décret.**

La SSAA aurait aussi la charge de fixer les orientations générales de l’action sociale dont la gestion sera opérée par l’URSSAF. Il s’agit notamment, conformément aux recommandations émises par la Cour des comptes, de définir les critères objectifs d’attribution des aides dans le respect des dispositions de l’article L. 382-7 du code de la sécurité sociale mais aussi de pouvoir définir de nouvelles aides d’action sociale, toutes financées par la fraction de la contribution des diffuseurs. Cette action sociale serait toujours financée dans les limites de la fraction de la contribution diffuseur fléchée à cet effet.

Cette mesure serait complétée par une mission de médiation en permettant à un médiateur d’intervenir en cas de situation de blocage entre un artiste-auteur et un organisme de sécurité sociale, avant tout recours contentieux. Cette médiation permettrait de limiter les risques de litiges ou d’accompagner les artistes dans leurs démarches administratives, dont certaines problématiques peuvent être assez spécifiques. Cette médiation devra bien sûr être fortement coordonnée avec celle, plus généraliste, qui existe au sein des réseaux du régime général (article L. 217-7-1 du code de la sécurité sociale). Les textes réglementaires seront également adaptés en vue de prévoir la remise d’un rapport annuel non pas sur le seul champ du recouvrement mais sur l’ensemble du régime général afin d’éclairer le CA de la SSAA sur les politiques mises en œuvre en faveur de la population des artistes-auteurs.

Enfin, il est proposé la faculté de consultation pour avis de la SSAA pour tout projet de mesures législatives ou réglementaires lorsque celles-ci concernent spécifiquement et exclusivement la sécurité sociale des artistes-auteurs, à l’instar de ce qui existe pour la population des travailleurs indépendants au sein du conseil supérieur de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) depuis 2019.

c) Autres options possibles

Compte tenu des nombreux dysfonctionnements constatés au sein de la sécurité sociale des artistes-auteurs, un simple réexamen des procédures ne permettrait pas d’atteindre la qualité de service que l’URSSAF est en mesure d’assurer grâce à son réseau.

A l’inverse, le maintien de la structure permet de capitaliser sur le travail important réalisé sur la gouvernance depuis 2019 et de continuer à associer le ministère de la culture, très impliqué historiquement dans le suivi de la structure.

¹ Soit moins de 5 % de la population.

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

Cette mesure à sa place en LFSS en application des 2° de l’article LO. 111-3-7 (les règles d’affiliation sont traditionnellement rattachées aux questions de recettes et de recouvrement) ainsi que des 1° (baisse des dépenses des régimes liées aux missions de la SSAA) et 2° de l’article LO.111-3-8 du code de la sécurité sociale (règles d’organisation des régimes).

Pour l’année 2018, des mesures modifiant les règles d’affiliation et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des artistes-auteurs affiliés ont ainsi été prises en loi de financement de sécurité sociale sur des fondements analogues (article 23 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018).

II. Consultations obligatoires

En application de l’article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l’Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d’un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l’Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L’article 48 du Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu’éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l’égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l’homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Il n’existe pas de règlement ou de jurisprudence s’appliquant spécifiquement à ce sujet. Par ailleurs, cette mesure n’est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La disposition proposée sera codifiée par la modification des articles L. 382-1, L. 382-2, L. 383-2-1, L. 382-6, L. 382-7 et L. 382-14 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

<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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La rationalisation des circuits d’affiliation permettrait de faire des économies de gestion et d’éviter d’engager une modernisation coûteuse des systèmes d’information de la SSAA.

Les effectifs à mobiliser pour assurer la charge de validation des affiliations dans le champ des artistes-auteurs, ainsi que la prise en charge des demandes individuelles d’action sociale pourront être repris sur les agents déjà en poste à la SSAA.

Par ailleurs la réforme de la gouvernance aura également des impacts financiers pour l’ACOSS qui verse annuellement, pour le compte des branches du régime général, une dotation de fonctionnement inférieure à 5M€ (pour 2025 : 4 330 000€). Cette dotation pourrait être réduite grâce à une clarification des missions respectives de la SSAA et de l’URSSAF du Limousin rendant l’organisation plus efficiente

Les trois principaux postes de dépenses de la SSAA sont les suivants.

- Les dépenses de personnel : 43% du budget, 1,93 M€ en 2023 et 2,23 M€ en 2024 ; elles pourront être progressivement réduites avec l’évolution des missions de la SSAA ;
- Le loyer des bureaux de la SSAA : 15% du budget, 0,65 M€ en 2023 et 0,7 M€ en 2024
- Les prestations des services extérieurs (SI majoritairement) : 20% du budget, 1M€ en 2023 et 0,88 M€ en 2024.

La mesure permet de faire l’économie totale de deux derniers postes, grâce au transfert logistique vers l’ACOSS et l’Urssaf Limousin, à quoi s’ajoute une évolution du dimensionnement des équipes en lien avec le transfert des missions¹.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS		+ 2,03	+ 2,03	+ 2,03	+ 2,03
- Maladie		+ 0,81	+ 0,81	+ 0,81	+ 0,81
- AT-MP		+ 0,08	+ 0,08	+ 0,08	+ 0,08
- Famille		+ 0,30	+ 0,30	+ 0,30	+ 0,30
- Vieillesse		+ 0,63	+ 0,63	+ 0,63	+ 0,63
- Autonomie		+ 0,20	+ 0,20	+ 0,20	+ 0,20

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 réforme permet d’améliorer le régime des artistes-auteurs par une meilleure prise en charge dans leurs droits par un interlocuteur unique déjà familiarisé avec les spécificités de la population. Elle poursuit également un objectif de simplification de leurs démarches administratives.

¹ Non intégré aux gains ici pour ne pas préempter les choix de transfert qui pourront être faits par les salariés.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l’environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure vise à faciliter le circuit entre l’immatriculation et l’affiliation des nouveaux cotisants.

En matière d’affiliation et de contrôle du champ, les démarches des artistes auteurs resteront inchangées.

Une nouvelle démarche individuelle sera exigée de la part des artistes-auteurs

En matière de déclaration et versement afférents des cotisations et contributions sociales, une nouvelle démarche individuelle va être exigée aux artistes-auteurs par voie dématérialisée sur le site dédié de l’ACOSS.

S’agissant de l’action sociale, les dossiers de demandes d’aides devront être adressées aux services dédiés de l’URSSAF du Limousin.

Enfin, les recours administratifs préalables relatifs aux décisions d’affiliation formés par les intéressés contre les décisions relatives à l’affiliation prises par l’URSSAF Limousin devront être adressés au directeur de la caisse selon des modalités qui seront précisées par décret.

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

La mesure requiert le développement de systèmes d’informations adéquats.

Sur l’action sociale, techniquement, l’URSSAF devra faire évoluer l’informatique pour la gérer et adapter les traitements comptables.

Les bases de données de la SSAA devront être transférées à l’URSSAF afin de centraliser la gestion des données auprès d’un opérateur unique.

Le site internet de l’URSSAF dédié aux artistes-auteurs et diffuseurs devra également être adapté pour prendre en compte les nouvelles missions qui lui sont attribuées par la présente mesure.

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

La mesure implique le transfert des contrats de travail des agents en charge des missions transférés vers les branches concernés auprès de l’ACOSS. La mesure implique également la reconversion de certains ETP de l’association agréée pour répondre aux compétences nouvelles qui seraient attribuées à la SSAA.

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.

Modification des dispositions réglementaires relatives aux artistes auteurs (R. 382-1 et suivants du code 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.

Au plus tard le 1^{er} janvier 2026 pour le transfert des missions d’affiliation et du contrôle du champ, du recouvrement des cotisations antérieures à 2019 et d’action sociale.

Au vu des procédures d’immatriculation déjà mises en place au sein de l’URSSAF du Limousin, la gestion de l’affiliation par la caisse pourra être opérationnelle au 1^{er} avril 2026.

Pour les autres missions confiées à l’URSSAF, cela nécessitera un délai de préparation au cours de l’année 2026 pour effectuer dans les meilleures conditions le basculement en termes de SI. Ainsi, au plus tard le 1^{er} janvier 2027 pour la mise en œuvre de l’offre de services complètes proposée par l’ACOSS à travers la caisse URSSAF du Limousin.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Une campagne d’information pourra être mise en place à l’attention des artistes et des autres acteurs publics concernés (CNAV pour le dispositif de rachat de cotisations prescrites par exemple) par le biais de la SSAA et du réseau des URSSAF en amont du transfert.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
L. 382-1 avant modification	Article L. 382-1 après modification
Les artistes auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que photographiques, sous réserve des dispositions suivantes, sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les assurances sociales et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés. Bénéficient du présent régime : -les auteurs d'œuvres photographiques journalistes professionnels au sens des articles L. 761-2 et suivants du code du travail, au titre des revenus tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques en dehors de la presse et, dans des conditions à prévoir par des accords professionnels distincts dans le secteur des agences de presse et dans celui des publications de presse ou, à l'issue d'une période de deux ans à compter de la date de promulgation de la loi n° 2006-961 du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, par décret en Conseil d'Etat, pour leurs revenus complémentaires tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques dans la presse ; -les auteurs d'œuvres photographiques non journalistes professionnels qui tirent de leur activité, directement ou par l'intermédiaire d'agences de quelque nature qu'elles soient, des droits d'auteurs soumis au régime fiscal des bénéfices non commerciaux et qui exercent leur activité depuis au moins trois années civiles. Les dispositions prévues aux trois précédents alinéas s'entendent sans préjudice des dispositions de l'article L. 311-2 du présent code. L'affiliation est prononcée par les organismes agréés mentionnés à l'article L. 382-2, s'il y a lieu après consultation, à leur initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions, instituées par branches professionnelles. Ces commissions comprennent des représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes. En application de l'article L. 321-2 du code de la propriété intellectuelle, elles peuvent également comprendre des représentants des organismes de gestion collective. Le nombre des représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes et, le cas échéant, des organismes de gestion collective doit être supérieur à la moitié du nombre des membres de ces commissions.	Les artistes auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que photographiques, sous réserve des dispositions suivantes, sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les assurances sociales et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés. Bénéficient du présent régime : -les auteurs d'œuvres photographiques journalistes professionnels au sens des articles L. 761-2 et suivants du code du travail, au titre des revenus tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques en dehors de la presse et, dans des conditions à prévoir par des accords professionnels distincts dans le secteur des agences de presse et dans celui des publications de presse ou, à l'issue d'une période de deux ans à compter de la date de promulgation de la loi n° 2006-961 du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, par décret en Conseil d'Etat, pour leurs revenus complémentaires tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques dans la presse ; -les auteurs d'œuvres photographiques non journalistes professionnels qui tirent de leur activité, directement ou par l'intermédiaire d'agences de quelque nature qu'elles soient, des droits d'auteurs soumis au régime fiscal des bénéfices non commerciaux et qui exercent leur activité depuis au moins trois années civiles. Les dispositions prévues aux trois précédents alinéas s'entendent sans préjudice des dispositions de l'article L. 311-2 du présent code. L'affiliation est prononcée par l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.~~Les organismes agréés mentionnés à l'article L. 382-2, s'il y a lieu après consultation, à leur initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions, instituées par branches professionnelles. Ces commissions comprennent des représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes. En application de l'article L. 321-2 du code de la propriété intellectuelle, elles peuvent également comprendre des représentants des organismes de gestion collective. Le nombre des représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes et, le cas échéant, des organismes de gestion collective doit être supérieur à la moitié du nombre des membres de ces commissions.~~
Article L. 382-2 avant modification	Article L. 382-2 modifié après modification
Chaque organisme agréé est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants des artistes-auteurs affiliés et des représentants des diffuseurs ainsi que des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions de désignation	I. – L'État agréé une association qui assure, pour le compte du régime général, les missions suivantes : « 1° Fixer les orientations générales de l'action sanitaire et sociale mentionnées à l'article L. 382-7 dans le respect d'un cadre financier fixé par les représentants de l'État ;

des représentants des artistes-auteurs et des diffuseurs ainsi que les conditions de nomination du directeur et du directeur comptable et financier de ces organismes. Les délibérations du conseil d'administration de chaque organisme agréé ne deviennent exécutoires que si aucune opposition n'est faite dans un délai et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	« 2° Veiller, notamment en nommant un médiateur, à la bonne application aux artistes-auteurs des règles relatives à la protection sociale et à la qualité du service rendu ; Cette association est saisie pour avis de tout projet de mesure législative ou réglementaire lorsque celles-ci portent spécifiquement sur les règles de sécurité sociale des artistes-auteurs. II. – ~~Chaque organisme agréé~~ Cette association est administrée par un conseil d'administration comprenant des représentants des artistes-auteurs affiliés ~~et~~, des représentants des diffuseurs, des représentants des organismes de gestion collective ainsi que des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions de désignation des représentants des artistes-auteurs, des diffuseurs et des organismes de gestion collective, ainsi que les conditions de nomination du directeur et du directeur comptable et financier ~~de ces organismes de cette association.~~ Les délibérations du conseil d'administration ~~de chaque organisme agréé~~ ne deviennent exécutoires que si aucune opposition n'est faite dans un délai et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 382-3-2 avant modification	Article L. 382-3-2 après modification
Lorsque l'ensemble des revenus et rémunérations perçus par un assuré au cours de l'année considérée, dont une partie au moins est issue de ses activités d'auteur, est supérieur au plafond défini à l'article L. 241-3, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 procède, à sa demande et dans un délai de quatre mois, à la régularisation du montant des cotisations dues..	Lorsque l'ensemble des revenus et rémunérations perçus par un assuré au cours de l'année considérée, dont une partie au moins est issue de ses activités d'auteur, est supérieur au plafond défini à l'article L. 241-3, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 procède, ~~à sa demande et dans~~ un délai de quatre mois à compter du dépôt de la déclaration de revenus par l'assuré, à la régularisation du montant des cotisations dues.
Article L. 382 – 6 avant modification	Article L. 382-6 après modification
Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-3 peuvent effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions. Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-4 sont tenues, sous peine des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5, d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions. Les personnes mentionnées à l'article L. 382-4 sont soumises, sous peine des pénalités fixées par décret, à l'obligation de fournir à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 382-5 le numéro prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-12-1 permettant l'identification des artistes-auteurs dont ils assurent l'exploitation commerciale et la diffusion des œuvres.	Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-3 ~~peuvent effectuer~~ effectuent par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions. Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-4 sont également tenues, sous peine des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5, d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions. Les personnes mentionnées à l'article L. 382-4 sont soumises, sous peine des pénalités fixées par décret, à l'obligation de fournir à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 382-5 le numéro prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-12-1 permettant l'identification des artistes-auteurs dont ils assurent l'exploitation commerciale et la diffusion des œuvres.
Article L. 382-7 avant modification	Article L. 382-7 après modification
Les organismes agréés visés à l'article L. 382-2 exercent une action sociale en faveur de leurs ressortissants affiliés aux assurances sociales prévues au présent chapitre, en vue de prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par ces ressortissants connaissant des difficultés économiques ou tout ou partie du coût du versement par ces ressortissants, le cas échéant, de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, dans des conditions définies par décret. Le financement de cette action sociale est assuré par une fraction de la	~~Les organismes agréés visés à l'article L. 382-2 exercent une action sociale en faveur de leurs ressortissants affiliés aux assurances sociales prévues au présent chapitre, en vue de prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par ces ressortissants connaissant des difficultés économiques ou tout ou partie du coût du versement par ces ressortissants, le cas échéant, de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, dans des conditions définies par décret.~~ L'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité

contribution visée à l'article L. 382-4. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	sociale met en œuvre au profit des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 une action sociale dont les orientations générales sont fixées par l'association agréée mentionnée au L. 382-2. Le financement de cette action sociale est assuré par une fraction de la contribution visée à l'article L. 382-4. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L.382-14 avant modification	Article L. 382-14 après modification
Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent chapitre fixe, notamment en ce qui concerne les obligations des personnes relevant des dispositions de la présente section, les conditions d'ouverture du droit aux prestations prenant en compte les spécificités des revenus des affiliés, les modalités de calcul des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, de l'assurance décès et des pensions de vieillesse et d'invalidité, le délai qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, les obligations des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 en matière de déclaration de leur chiffre d'affaires, la représentation majoritaire des intéressés au sein des organismes agréés mentionnés à l'article L. 382-2, leur rôle et leurs rapports avec les organismes de sécurité sociale. Le même décret détermine également les adaptations à apporter le cas échéant aux dispositions du présent code relatives au contrôle de l'assiette, à la fixation et au recouvrement des cotisations.	Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent chapitre fixe, notamment en ce qui concerne les obligations des personnes relevant des dispositions de la présente section, les conditions d'ouverture du droit aux prestations prenant en compte les spécificités des revenus des affiliés, les modalités de calcul des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, de l'assurance décès et des pensions de vieillesse et d'invalidité, le délai qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, les obligations des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 en matière de déclaration de leur chiffre d'affaires, la représentation majoritaire des intéressés au sein ~~des organismes de l'association~~ de l'association agréées mentionnées à l'article L. 382-2, leur rôle et leurs rapports avec les organismes de sécurité sociale. Le même décret détermine également les adaptations à apporter le cas échéant aux dispositions du présent code relatives au contrôle de l'assiette, à la fixation et au recouvrement des cotisations.
Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	
Article 23 avant modification	Article 23 après modification
IV. - Le présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1er janvier 2019, à l'exception du 5° du I, qui entre en vigueur à la date prévue au II de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, et du 6° du I, qui entre en vigueur le 1er janvier 2018.	~~IV. — Le présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1er janvier 2019, à l'exception du~~ Le 5° du I, qui entre en vigueur à la date prévue au II de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ~~et du 6° du I, qui~~ entre en vigueur le 1er janvier 2018. Le présent article est applicable à l'ensemble des cotisations et contributions dues.

Article 6 – Maintenir les seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la CSG sur certains revenus de remplacement

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Créée en 1991 dans le but d'élargir l'assiette du financement de la protection sociale qui s'appuyait jusque-là essentiellement sur les revenus d'activité, la contribution sociale généralisée (CSG) couvre l'ensemble des revenus des résidents en France, y compris les revenus de remplacement (pensions de retraite, pensions d'invalidité, allocations chômage, indemnités journalières), du capital (patrimoine et placement) ou des jeux. Les taux de CSG, identiques sur l'ensemble des assiettes lors de son instauration (1,1 % sur les revenus d'activité et pensions de retraite), ont progressivement divergé. Les revenus de remplacement sont ainsi les seuls à être assujettis non seulement à un taux spécifique (8,3 % pour les pensions de retraite et d'invalidité, 6,2 % pour les indemnités chômage) inférieur au taux normal de la CSG (9,2 %), mais aussi à bénéficier d'un barème progressif en fonction du revenu fiscal de référence.

Depuis 2015, le revenu fiscal de référence (RFR)¹ du foyer est en effet utilisé pour l'assujettissement des pensions de retraite et d'invalidité et des allocations chômage à la CSG, ainsi que pour deux prélèvements dont les seuils s'analysent de la façon suivante :

- La **CSG** applicable aux revenus de remplacement voit son taux modulé selon le RFR (3,8 %, 6,6 % ou 8,3 % pour les pensions de retraite et d'invalidité ; 3,8 % ou 6,2 % pour les allocations d'assurance chômage) et certains assurés sont exonérés en dessous d'un certain seuil, toujours fonction du RFR.
- Si le taux de la **contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)** est fixe, les assurés exemptés de CSG le sont aussi de cette contribution.
- La **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)**, dont le taux est de 0,3 % sur l'ensemble des pensions de retraite des assurés soumis aux taux intermédiaire (6,6%) ou au taux maximal (8,3%) de CSG².
- La **cotisation d'assurance maladie**, dont le taux est de 1 %, porte sur les retraites complémentaires, des assurés soumis aux taux intermédiaire (6,6%) ou au taux normal (8,3%) de CSG.

Le revenu pris en compte pour déterminer le taux applicable pour l'année N n'est pas contemporain du prélèvement mais correspond au RFR de l'avant-dernière année (N-2). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a par ailleurs instauré pour les pensions un dispositif d'atténuation du passage d'un taux d'assujettissement inférieur ou égal à 3,8 % à un taux supérieur (6,6 % ou 8,3 %). Un redevable assujetti au taux de 3,8 % ne sera ainsi assujetti à un taux supérieur à 3,8 % que si ses revenus au titre des deux années N-2 et N-3 dépassent ces seuils.

Taux des prélèvements applicables – pensions de retraite et d'invalidité

Taux	Taux zéro	Taux réduit	Taux intermédiaire	Taux normal
CSG	Exonération	3,8 %	6,6 %	8,3 %
CRDS		0,5 %	0,5 %	0,5 %
CASA		Exonération	0,3 %	0,3 %
Cotisation maladie		Exonération	1 % sur les retraites complémentaires	1 % sur les retraites complémentaires
Part des personnes assujetties	23%	13%	31%	32%

¹ Le revenu fiscal de référence (RFR) est un indicateur calculé par l'administration fiscale à partir des revenus nets imposables du foyer, auquel s'ajoutent certains revenus exonérés et abattements. Il est défini au IV de l'article 1417 du code général des impôts.

² Pour mémoire, cette contribution constitue le pendant pour les retraités de la contribution due par les employeurs au titre de la journée de solidarité

Effectif	4,1 millions	2,3 millions	5,4 millions	5,6 millions
Masse des pensions en 2023	13%	10%	30%	47%
Taux cumulé des contributions (retraites de base)	0%	4,3%	7,4%	9,1%

Taux des prélèvements applicables – Allocations chômage

Ces prélèvements sociaux s’appliquent également sur le montant brut de l’allocation d’aide au retour à l’emploi (ARE) journalière, après déduction d’un abattement de 1,75 % au titre des frais liés à la recherche d’emploi :

Taux	Taux zéro	Taux réduit	Taux normal	SMIC journalier
CSG	Exonération	3,8 %	6,2 %	59,40 €
CRDS		0,5 %	0,5 %	59,40 €

Le prélèvement de la CSG et de la CRDS ne doit pas avoir pour conséquence de réduire l’allocation chômage versée à un montant inférieur au SMIC. La combinaison de cette règle d’écêtement et de l’existence d’exonérations et de taux réduit ou normal inférieur au taux de droit commun explique la faiblesse relative de la CSG effectivement acquittée (environ 1 % des allocations versées¹).

Les seuils de RFR évoluent au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l’évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabacs constatée pour l’année N-2, soit + 1,8 % en 2024 pour application au 1^{er} janvier 2026, ce qui n’est pas compatible avec le souhait du Gouvernement de mettre en place une « année blanche » en 2026.

b) Mesure proposée

Il est proposé de maintenir pour l’année 2026 la valeur pour 2025 du montant des seuils de revenus exprimés en référence au revenu fiscal de référence (RFR) du foyer utilisés pour déterminer l’application :

- des taux réduits ou normaux de la CSG,
- de l’assujettissement à la CRDS,
- de l’assujettissement à la contribution additionnelle de solidarité pour l’autonomie (CASA) et à la cotisation d’assurance maladie sur les retraites complémentaires.

Les seuils, et donc les montants de revenus fiscaux de référence entraînant un changement de taux, demeurent donc inchangés entre 2025 et 2026.

La mesure de gel proposée, par rapport à une situation d’augmentation des seuils de 1,8 %, ferait passer de l’ordre de 1 % des foyers de l’exonération au taux réduit, environ 1% des foyers du taux réduit au taux médian, et environ 1% des foyers du taux médian à l’assujettissement au taux maximal de CSG. A titre d’illustration, un foyer composé d’un retraité dont la pension mensuelle, qui serait son unique revenu, s’élève à 2700€ brut, en cas de franchissement du dernier seuil, verrait ses contributions augmenter de 1,7 point, soit 46 € par mois.

La LFSS pourra procéder au 1^{er} janvier 2027, à l’instar de ce qui est prévu pour le barème de l’impôt sur le revenu en loi de finances², à une réindexation de ce barème sur l’inflation 2025.

c) Autre option possible

Une exception à « l’année blanche » propre à la CSG sur les revenus de remplacement ne serait pas cohérente : le gel des seuils de RFR applicable pour le calcul de l’imposition sur le revenu doit s’appliquer également pour l’assujettissement à la CSG dont la nature est identique. Comme rappelé supra, cela se justifie d’autant moins que les taux de CSG applicables aux revenus de remplacement sont plus faibles que ceux de la CSG sur les revenus d’activité.

¹ Ce ratio peut être reconstitué en rapprochant le rendement de la CSG « chômage-activité partielle » (0,5 Md d’euros en 2023) du montant des dépenses du risque emploi (chômage et activité partielle) comptabilisées par la DREES (un peu moins de 50 Md d’euros en 2023).

² Le barème de l’impôt sur le revenu fait en effet l’objet d’une mesure ad hoc à chaque fois qu’il a été revalorisé.

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

La mesure a vocation à augmenter les recettes perçues par les régimes obligatoires de bases de sécurité sociale, en cela elle entre dans le champ des LFSS au sens du 2° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale qui contient la totalité des règles en matière de seuil et de taux sur la CSG – les règles relatives à la CRDS, à la COTAM et à la CASA fonctionnent par renvoi – est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'outre mer	
<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>

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure contribue, par la stabilisation des différents seuils d'exonération ou d'application d'un taux supérieur à ce que davantage d'assurés se voient appliquer en 2026 et les années suivantes un taux plus élevé.

L'estimation des effets financiers de cette mesure a été réalisé à partir d'une distribution de pensions de retraites et d'invalidité 2023, répartie en tranche de RFR. En faisant l'hypothèse d'une absence de déformation de cette distribution des pensions entre 2023 et 2026, l'économie associée à la mesure est réalisée en comparant le rendement estimé de la CSG, de la CASA, et de la CRDS avec et sans une revalorisation des seuils estimée à 1,8%.

On estime ainsi que la mesure permettrait un rendement pérenne de l'ordre de 0,3Md€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
Régime général dont :		+290	+300	+300	+310
<i>Vieillesse</i>		+103	+106	+106	+110
<i>Maladie</i>		+55	+57	+57	+59
<i>Famille</i>		+34	+35	+35	+37
<i>Autonomie</i>		+98	+101	+101	+104
Cades		+29	+30	+40	+40

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

a) impacts économiques

Le gel des seuils pendant une année entraînera une baisse mesurée du revenu net pour uniquement les assurés dont le revenu fiscal de référence (RFR) se situe au voisinage immédiat des seuils conditionnant le passage à un taux supérieur de 6,6 % ou 8,3 %.

Exemple :

Exemple d'une demande de retraite à effet du 1er juin 2026 et production des avis d'imposition 2024 (RFR 2023) et 2025 (RFR 2024) :

- Situation RFR N-3 : selon son avis d'impôt 2024, en 2023 le foyer fiscal est composé d'1 part et réside en métropole, son RFR est de 20 000 € ;
- Situation RFR N-2 : selon son avis d'impôt 2025, en 2024 le foyer fiscal est composé d'1 part et réside en métropole, son RFR est de 26 300 € ;
- Avec le gel des seuils en 2026 (26 004 € pour le passage au taux de 8,3 %), ce RFR N-2 entraîne un assujettissement au taux de 8,3 % ;

En l'absence de gel, la revalorisation des seuils de 1,8 % aurait porté le seuil à 26 472€, ce qui aurait conduit à maintenir l'assujettissement à 6,6 %.

b) impacts sociaux

La mesure s'inscrit dans une logique d'équité globale en faisant participer les bénéficiaires de revenus de remplacement au redressement des comptes publics.

Les spécificités propres à l'assujettissement des allocations de chômage limitent par ailleurs fortement l'impact de cette mesure sur les allocataires.

• **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Sans objet.

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

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

Il n'y aura aucune charge administrative nouvelle à supporter pour les assurés et bénéficiaires de revenus de remplacement concernés.

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

La réforme ne nécessitera pas d'adaptations techniques particulières pour les caisses de sécurité sociale.

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

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

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

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

La mesure est d'application directe.

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 taux applicables sont en principe communiqués par la DGFIP aux organismes verseurs. Ce circuit devra être adapté pour tenir compte du nouveau mécanisme de fixation des seuils par la LFSS.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les seuils d'assujettissement et taux applicables seront de lecture immédiate dans la loi, puisque la LFSS en fixera systématiquement le niveau. Les sites publics diffuseront bien sûr des informations à jour.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de l'effet de la mesure sera assuré dans le cadre de la mise en œuvre de la LFSS pour 2026.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L136-8 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L136-8 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Le taux des contributions sociales est fixé :	I.-Le taux des contributions sociales est fixé :
1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;	1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;
2° A 9,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;	2° A 9,2% pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;
3° A 6,2 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.	3° A 6,2 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.
II.-Par dérogation au I :	II.-Par dérogation au I :
1° Sont assujettis à la contribution au taux de 6,2 % :	1° Sont assujettis à la contribution au taux de 6,2 % :
a) Les allocations de chômage et les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 ;	a) Les allocations de chômage et les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 ;
b) Les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;	b) Les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
c) Les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 ;	c) Les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 ;
2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.	2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.
III.-Par dérogation aux I, II et III bis, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus mentionnés au 1° et au premier alinéa du 4° du II de l'article L. 136-1-2 des personnes :	III.-Par dérogation aux I, II et III bis, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus mentionnés au 1° et au premier alinéa du 4° du II de l'article L. 136-1-2 des personnes :
1° D'une part, dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière année excèdent 11 128 € pour la première part de quotient familial, majorés de 2 971 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 13 167 € pour la première part, majorés de 3 268 € pour la première demi-part et 2 971 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 768 €, 3 417 € et 2 971 € ;	1° D'une part, dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière année excèdent ~~12 817 €~~ ~~128 €~~ pour la première part de quotient familial, majorés de ~~2 971 €~~ ~~3 422 €~~ pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à ~~13 167 €~~ ~~15 164 €~~ pour la première part, majorés de ~~3 268 €~~ ~~3 764 €~~ pour la première demi-part et ~~3 422 €~~ ~~2 971 €~~ pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à ~~15 856 €~~ ~~13 768 €~~ , ~~3 935 €~~ ~~3 417 €~~ et ~~3 422 €~~ ~~2 971 €~~ ;
2° D'autre part, dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière ou l'antépénultième année sont inférieurs ou égaux à 14 548 € pour la première part de quotient familial, majorés de 3 884 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 915 € pour la première part, majorés de 4 271 € pour la première demi-part et 3 884 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 16 672 €, 4 467 € et 3 884 €.	2° D'autre part, dont les revenus définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts perçus l'avant-dernière ou l'antépénultième année sont inférieurs ou égaux à ~~16 755 €~~ ~~14 548 €~~ pour la première part de quotient familial, majorés de ~~4 474 €~~ ~~3 884 €~~ pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à ~~18 331 €~~ ~~15 915 €~~ pour la première part, majorés de ~~4 918 €~~ ~~4 271 €~~ pour la première demi-part et ~~3 884 €~~ ~~4 474 €~~ pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à ~~16 672 €~~ ~~19 200 €~~ , ~~4 467 €~~ ~~5 144 €~~ et ~~3 884 €~~ ~~4 474 €~~ .

Article L136-8 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L136-8 du code de la sécurité sociale après modification
III bis.-Par dérogation aux I et II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 6,6 % les revenus mentionnés au 1° du II de l'article L. 136-1-2 perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : 1° D'une part, excèdent 14 548 € pour la première part de quotient familial, majorés de 3 884 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 915 € pour la première part, majorés de 4 271 € pour la première demi-part et 3 884 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 16 672 €, 4 467 € et 3 884 € ; 2° D'autre part, sont inférieurs à 22 580 € pour la première part de quotient familial, majorés de 6 028 € pour chaque demi-part supplémentaire. III ter.-Les seuils mentionnés aux III et III bis sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. IV.-Abrogé IV bis.-Abrogé V.-Abrogé VI.-1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article et à l'article L. 131-8. 2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. 3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.	III bis.-Par dérogation aux I et II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 6,6 % les revenus mentionnés au 1° du II de l'article L. 136-1-2 perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : 1° D'une part, excèdent <del>16 755 €</del>~~14 548 €~~ pour la première part de quotient familial, majorés de <del>4 474 €</del>~~3 884 €~~ pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à <del>18 331 €</del>~~15 915 €~~ pour la première part, majorés de <del>4 918 €</del>~~4 271 €~~ pour la première demi-part et <del>3 884 €</del>~~4 474 €~~ pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à <del>16 672 €</del>~~19 200 €~~, <del>4 467 €</del>~~5 144 €~~ et <del>4 474 €</del>~~3 884 €~~ ; 2° D'autre part, sont inférieurs à <del>22 580 €</del>~~26 004 €~~ pour la première part de quotient familial, majorés de <del>6 028 €</del>~~6 941 €~~ pour chaque demi-part supplémentaire. ~~III ter.- Les seuils mentionnés aux III et III bis sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1.~~ IV.-Abrogé IV bis.-Abrogé V.-Abrogé VI.-1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article et à l'article L. 131-8. 2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. 3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.

Article 7 – Créer une contribution des organismes complémentaires au titre de l'année 2026

I. I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les dépenses de santé sont prises en charge essentiellement par les régimes obligatoires d'assurance maladie, et dans une moindre mesure par les organismes complémentaires et les ménages. Près de 96% des français de 15 ans et plus sont aujourd'hui couverts par une complémentaire santé.

Au cours des trois dernières années, les cotisations demandées par les organismes complémentaires (mutuelles, entreprises d'assurance et instituts de prévoyance) pour la couverture des prestations de santé ont fortement augmenté. Ces augmentations s'expliquent en partie par la hausse des dépenses de santé, en lien avec le vieillissement de la population, ainsi que par les transferts de financement qui ont pu être décidés de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire. Elles résultent également de décisions des organismes complémentaires.

Les cotisations en santé ont ainsi été très dynamiques en 2023 pour les trois types d'organismes complémentaires :

- Ils ont collecté 43 Md€ d'euros en 2023 soit une augmentation de 2,4 milliards d'euros par rapport à 2022 (+ 6,0 % contre + 2,9 % en 2022 et + 3,1 % en 2021) ;
- Cette hausse a été :
 - o de 9,2 % pour les entreprises d'assurance ;
 - o de 6,0 % pour les institutions de prévoyance ;
 - o de 3,6 % pour les mutuelles.

L'année 2024 s'est également traduite par une forte hausse des cotisations en santé par les organismes concernés, de l'ordre de 7 %¹.

Une part de cette hausse tient à l'anticipation d'une hausse du ticket modérateur sur les actes et consultations médicaux et sur les médicaments qui avait été annoncée par le Gouvernement pour l'année 2025 et qui n'a finalement pas été mise en œuvre.

Par ailleurs, le vieillissement de la population et l'augmentation en conséquence de la prise en charge des personnes en affection longue durée (en « ALD ») conduit chaque année à une déformation du partage de financement des dépenses d'assurance maladie pour l'assurance maladie obligatoire. En effet, la part de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire (évolution du nombre de patients en ALD corrélée avec le vieillissement de la population) est croissante. Depuis 2012, le taux moyen de prise en charge de la CSBM par l'assurance maladie obligatoire augmente continûment (79,6% en 2022 contre 76 % en 2012) alors que dans le même temps le poids des organismes de complémentaire santé a diminué (13,6% en 2012 contre 12,6 % aujourd'hui).

b) Mesure proposée

Les cotisations perçues par les OC sont soumises à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) ainsi qu'à la contribution permettant la participation de ces derniers au financement de forfaits pour les médecins traitants. La contribution proposée par la présente mesure portera sur une assiette rigoureusement identique à celle de la TSA, c'est à dire les sommes stipulées par les OC à leurs adhérents au titre de l'ensemble de cotisations d'assurance maladie complémentaire prévues dans leurs contrats à l'exclusion des garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières prévues dans les contrats pour les exploitants agricoles et leurs salariés et les contrats prévus au 1° de l'article 998 du code général des impôts qui sont exonérées de TSA en application du dernier alinéa de II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

¹ Dans l'attente de la stabilisation définitive des données pour 2024, les données communiquées par les mutuelles dans le cadre de la mission d'information du rapporteur Xavier Iacovelli « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français », de septembre 2024, par les représentants des mutuelles et des entreprises d'assurance, faisaient état d'une augmentation du taux de cotisations supérieure à 8 % dans les deux cas, tandis que le représentant des instituts de prévoyance estimait l'augmentation de leurs cotisations d'environ 6 %.

Compte tenu de la hausse prévisionnelle de l'assiette en 2025 de 5,2 %¹ et à une tendance légèrement inférieure en 2026, une contribution de 2,05 % permettrait d'atteindre un rendement légèrement supérieur à 1 Md€ en 2026.

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

Les dispositions du présent article concernent le montant de contributions qui sont affectées à la sécurité sociale et relèvent donc des 1° et 2° de l'article LO 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ... et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La mesure consiste en l'instauration à titre exceptionnelle d'une taxe pour une seule année. Elle n'est donc pas 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

Mesure directement applicable

¹ Le calcul de cette hausse prévisionnelle se fonde, d'une part, sur l'analyse de l'évolution de l'assiette de TSA au cours des précédents exercices et, d'autre part, sur les premières données d'exécution pour l'année 2025 et les prévisions de recettes pour l'année 2026.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de la mesure est de 1 Md€, au bénéfice intégral de la branche assurance maladie du régime général.

Organismes impactés (Régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025	2026	2027	2028	2029
Régime général		+ 1 020			
- Maladie		+ 1 020			

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

a) Impacts économiques

Les impacts économiques concernent l'ensemble des organismes complémentaires. L'assiette retenue qui porte sur les sommes stipulées au profit de ces organismes au cours de l'année 2026 (les primes et cotisations stipulées au profit de ces organismes) est de nature à éviter ces potentiels effets et garantit une proportionnalité à leur activité réelle.

b) Impacts sociaux

• Impacts sur les jeunes

Sans objet.

• Impacts sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La contribution sera déclarée au moyen de la déclaration de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Elle ne devrait de ce fait pas faire créer de charge administrative significative pour les redevables.

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

Le recouvrement de cette contribution sera confié à l'URSSAF d'Ile-de-France, qui est l'organisme compétent pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Les systèmes d'information seront à compléter à la marge sur le modèle de la taxe patientèle médecin traitant.

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.

Article 8 – Réduire les niches sociales applicables aux compléments salariaux

I. Présentation de la mesure

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

a) Problèmes à résoudre

En complément de la rémunération monétaire (constituée du salaire « de base » et d'autres composantes de toute nature, primes, gratifications ou avantages en nature notamment), les employeurs peuvent accorder à leurs salariés, en contrepartie de leur travail, divers avantages qualifiés de compléments de salaire, sous forme d'aides directes ou indirectes, soit par l'employeur lui-même, soit perçus via le CSE. Ces avantages incluent les titres restaurant, les chèques vacances, les chèques emploi service universel (CESU) préfinancés, ou encore le financement d'activités sociales, culturelles et sportives.

Ces avantages sont consentis à l'occasion ou en contrepartie d'une relation de travail avec un employeur et constituent donc des éléments de salaire au sens légal. Pour autant, ils bénéficient d'un régime social dérogatoire particulièrement favorable. Sous réserve du respect de conditions et plafonds définis au niveau réglementaire, ils ne sont en effet soumis à aucun prélèvement social, à l'exception des chèques-vacances dans les entreprises de moins de 50 salariés. À l'inverse, d'autres compléments de rémunération (intéressement, participation, financement de garanties de prévoyance et retraite supplémentaires) sont assujettis à la CSG, à la CRDS et au forfait social.

Le forfait social, instauré par l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et codifié à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, constitue une contribution patronale sur certains revenus d'activité exonérés de cotisations sociales mais soumis à la CSG-CRDS. Son taux, initialement fixé à 2 %, a été relevé progressivement jusqu'à atteindre 20 % en 2012¹. Le versement d'un complément de salaire assujetti à forfait social au taux de 20%, soit le taux maximal, reste plus avantageux que le versement d'un salaire de base, soumis à cotisations sociales ainsi qu'aux cotisations patronales, dont le taux effectif, après prise en compte des allègements généraux, peut rapidement dépasser 20 % dès que les rémunérations s'éloignent du SMIC.

Du fait de leur régime avantageux, les compléments de salaire susmentionnés prennent une place croissante dans la structure globale de rémunération des salariés, leur augmentation constituant un moindre coût pour les employeurs. À titre illustratif, la valeur des titres-restaurant distribués a progressé de 5,1 % par an en moyenne depuis 2000, contre 3 % pour la masse salariale soumise à cotisations sociales.² Les effets de substitution sont bien documentés, et se manifestent par exemple par la mention fréquente de ces avantages dans les offres d'emploi, par la mention fréquente des titres-restaurant comme d'un élément de rémunération important par les salariés ou par l'évolution des usages (partage du titre-restaurant avec les proches, diversification des achats), alors que le dispositif avait initialement pour but d'offrir une alternative à l'obligation de mise en place d'un local de restauration dans les petites entreprises.

Cette évolution induit notamment :

- des frais d'intermédiation au titre des commissions prélevées sur les restaurateurs : les commissions étaient estimées à 4% en 2023 (dont 99% concentrés sur quatre opérateurs) selon un avis du 12 octobre 2023 de l'Autorité de la concurrence ;
- une perte significative de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale, correspondant à l'écart de prélèvement pour les éléments de rémunération qui auraient été versés sous forme de salaire, notamment pour les plus hauts revenus (compte tenu de la structure progressive de l'impôt sur le revenu des allègements généraux) ;
- des distorsions de traitement entre entreprises, notamment au détriment des plus petites structures pour lesquelles l'attribution de compléments de salaire ou d'autres avantages connexes implique des démarches complexes ; à ces distorsions s'ajoutent des distorsions sur le marché du travail ainsi que des distorsions sur le marché des biens et des services, dès lors que certaines formes de rémunération et de consommation bénéficient d'incitations spécifiques.

Par ailleurs, le pilotage des aides sociales et culturelles financées par l'employeur ou le CSE est rendu complexe par l'absence d'obligation déclarative individuelle, corollaire de l'exonération de prélèvements sociaux. Non compensés par l'État, ces dispositifs représentent un coût net pour les finances sociales.

La multiplicité des dispositifs ainsi que des règles afférentes nuit enfin à la lisibilité du prélèvement social et à leur bonne appréhension par les employeurs comme par les CSE.

En 2026, le coût prévisionnel pour la seule sécurité sociale de l'ensemble des aides directes versées aux salariés est estimé à 4,5 Md€, pour une assiette exemptée de 11,9 Md€³.

¹ Il est par ailleurs à noter qu'il existe des taux réduits de forfait social selon la nature du complément de salaire (8% pour la prévoyance et la retraite supplémentaire) et de la taille de l'entreprise.

² Tableau 7 de l'annexe 4 du PLFSS pour 2026

³. Tableau 9 de l'annexe 4 du PLFSS 2026 ; cout net de l'effet des allègements généraux.

Synthèse des régimes sociaux applicables et estimation de la valeur des rémunérations versées

Présentation	Assujettissement CSG	Assujettissement cotisations sociales	Assiette exemptée en 2026 (p)
Contribution des employeurs au financement des chèques CESU (CESU RH) : Somme que l'employeur ou un CSE verse à ses salariés pour participer au financement de chèque emploi service universel dont l'objet est de financer des services à la personne (nettoyage, santé, garde d'enfant ...) L'avantage est exemptée jusqu'à 2 540 € par an et par bénéficiaire en 2025 Textes : L. 7233-4 et D. 7233-8 du code du travail.	Non	Non	0,2 Md €
Contribution des employeurs aux Titres-restaurant : Somme que l'employeur verse à ses salariés pour participer au financement de titre-restaurant dont l'objet est de financer le repas du salarié lorsqu'il travaille. L'avantage est plafonnée à 7,26 € quand le titre est compris entre 12,10€ et 14,52 € en 2025. Textes : c) du 4° du III du L.136-1-1 et a) du 4° du III du L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale	Non	Non	5,6 Md €
Contribution des employeurs de moins de 50 salariés au financement des chèques vacances: Somme que l'employeur d'une entreprise de moins de 50 salariés verse à ses salariés pour participer au financement de chèques vacances dont l'objet est d'aider le départ en vacances de ses employés. L'avantage est plafonné à 30 % du SMIC mensuel. Textes : L. 411-9 du code du tourisme, le 5° du L. 242-1 et 4° du L.137-15 du code de la sécurité sociale.	Oui	Non	1,1 Md €
Contribution des CSE des employeurs de plus de 50 salariés au financement des chèques vacances: Somme que le CSE ou l'employeur en cas de procès verbal de carence de CSE verse à ses salariés pour participer au financement de chèques vacances qui constitue une aide au départ en vacances de ses employés. Texte : Instruction ministérielle du 17 avril 1985.	Non	Non	
Contribution des employeurs au financement des activités sociales et culturelles des CSE : Subvention annuelle versée par l'employeur au CSE de l'entreprise pour financer les activités sociales et culturelles au bénéfice des salariées. Ces activités recouvrent celles de secours et de loisirs. Textes : L.2312-81 du code du travail.	Non	Non	4,9 Md €
TOTAL			11,9 Md€

Par ailleurs, s'agissant des indemnités de rupture du contrat de travail, l'exemption d'une partie de ces indemnités se justifie par l'objectif de tenir compte de la réparation du préjudice auquel elle correspond, en quoi elle ne constitue pas un élément de rémunération devant être soumis à cotisations. En effet, de manière générale, les indemnités perçues à l'occasion de la fin du contrat de travail font partie intégrante de la rémunération du salarié (par exemple, les indemnités compensatrices de préavis ou les indemnités compensatrice de congés payés) et doivent donc être soumises aux cotisations et contributions de sécurité sociale. Elles ne peuvent être regardées autrement que dans la mesure où, sous certaines conditions et dans

certaines limites, tout ou partie de ces indemnités ont pour objet de réparer un préjudice subi par le salarié du fait de la rupture du contrat de travail.

Cette distinction peut toutefois évoluer en fonction de la part qui relève réellement de la réparation d'un préjudice et celle qui relève d'une indemnité de fin de contrat qui ne se fait pas au détriment de l'une des parties. Ainsi, les indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle peuvent s'éloigner d'une logique de réparation dans la mesure où elles ont pour origine une rencontre des volontés pour mettre fin au contrat de travail, et peuvent conduire à des abus, en particulier du fait que la rupture conventionnelle donne accès au chômage selon les mêmes modalités qu'un licenciement, à l'inverse d'une démission.

Ainsi, selon la DARES, en neutralisant les effets de conjoncture, 75 % des ruptures conventionnelles se seraient substituées à des démissions de CDI entre 2012 et 2017¹. Outre son coût pour les finances publiques, le dispositif d'exonération portant sur les indemnités de rupture conventionnelle a été jugé inefficace au regard des objectifs attachés. Le Conseil des prélèvements obligatoires souligne le statut particulièrement dérogatoire du régime social de ces indemnités par rapport à la plupart des autres pays de l'OCDE qui considèrent ces indemnités comme des revenus du travail².

b) Mesure proposée

1/ Dans les suites du rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2024 de la Cour des comptes qui pointait « l'ampleur prise par les régimes sociaux dérogatoires pour les compléments de salaires » et appelait à un « rapprochement [avec le] droit commun »³, la présente mesure vise à assujettir au forfait social les aides directes (titres-restaurant, CESU, ASC du CSE et chèque vacances) consenties aux salariés par leur employeur au taux de 8 %, sans pour autant les soumettre à la CSG et à la CRDS.

• Dispositif		• Taux %
Participation exonérée de l'employeur au financement du CESU et aide pour l'emploi de services à la personne		• 8%
Participation exonérée de l'employeur au financement des titre-restaurant		• 8%
Contribution de l'employeur ou du CSE pour le financement des activités sociales, culturelles et sportives		• 8%
Participation exonérée de l'employeur au financement des chèques vacances	Plus de 50 salariés	• 8%
	Moins de 50 salariés	• 8%

2/ S'agissant des indemnités de rupture la mesure consiste à majorer de 10 points le taux de la contribution patronale applicable aux indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite en poursuivant l'objectif d'adapter la contribution patronale à ce qui relève d'un élément classique de rémunération, pour limiter les stratégies d'optimisation liées aux modalités de rupture du contrat de travail.

Lorsqu'il est considéré que ces indemnités visent à compenser l'existence d'un préjudice résultant de la fin de la relation de travail, qui suppose que le salarié subisse une fin de contrat anticipée, celles-ci sont exonérées de cotisations et contributions sociales, sous certaines conditions et limites variables. Elles demeurent toutefois assujetties à une contribution patronale spécifique. En effet, lorsque l'employeur impose la mise à la retraite ou conclut une rupture conventionnelle avec son salarié, il est soumis au prélèvement visé à l'article L. 137-12 du code de la sécurité sociale, lequel est fixé à un taux de 30 %.

Ce prélèvement vise à dissuader l'employeur de se séparer des salariés notamment lorsqu'ils ont atteint l'âge de faire valoir leurs droits à pensions de retraite. L'objectif est ainsi de prévenir les fins de carrière anticipées, susceptibles de présenter un intérêt pour l'employeur, mais générant un coût significatif pour les finances sociales.

Avant l'entrée en vigueur de l'article 4 de la LFRSS pour 2023, les indemnités de rupture conventionnelle étaient soumises au forfait social de 20% tandis que celles versées lors de la mise à la retraite l'étaient à une contribution de 50%. Le taux unique de 30 %, désormais applicable à ces deux cas de figure, a permis d'aligner les régimes pour éviter les incitations à la mise en retraite anticipée.

L'augmentation de 10 points de la contribution qui est proposée suppose donc qu'une mesure similaire s'applique aux indemnités de rupture conventionnelle et aux indemnités de mise à la retraite à l'initiative de l'employeur. Ce faisant, ce taux est comparable au taux cumulé de l'ensemble des cotisations patronales, hors prise en compte des allègements

1 DARES analyses, « CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans ? », juin 2018, n° 026
2 Conseil des prélèvements obligatoires, rapport particulier n°1, « Les différences de traitement entre catégories de revenus », octobre 2024
3 Cour des comptes, Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2024.

généraux, mais demeure inférieur à la somme des taux de l'ensemble des prélèvements sociaux dues sur les éléments de rémunération intégrés dans l'assiette desdites cotisations.

Enfin la mesure proposée vise à améliorer la clarté et la lisibilité de la norme en proposant une rédaction nouvelle des articles relatifs au forfait social et à la contribution patronale spécifique qui s'applique aux indemnités de mise à la retraite et de rupture conventionnelle, à droit constant.

c) Autres options possibles

Concernant l'assujettissement de certains compléments de salaire au forfait social, une autre option aurait été d'assujettir ces sommes à la CSG et à la CRDS. Néanmoins, d'une part, l'assujettissement à CSG/CRDS au taux de 9,7% est de nature à peser sur le salaire net des salariés, ce qui réduirait le revenu disponible des ménages contrairement au forfait social, qui est payé par l'employeur.

D'autre part, une telle mesure nécessiterait, au niveau de chaque entreprise, la mise en place de modalités déclaratives plus lourdes, puisqu'elles devraient individualiser le bénéfice de chaque complément de salaire nouvellement assujetti à ces deux contributions sociales.

Enfin, l'intégration dans l'assiette de cotisations sociales de ces compléments de salaire aurait pour effet de supprimer l'incitation qui doit demeurer à la mise en œuvre par l'employeur de tels dispositifs. Elle se traduirait en outre par une diminution du pouvoir d'achat des salariés concernés par l'application de cotisations sociales salariales.

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

La modification des dispositions d'exemption aura pour effet d'affecter les recettes des régimes de base de manière pérenne et trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 2° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et la mesure n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Est abrogé l'article L. 137-12.

Il est proposé d’abroger l’article L. 137-12 relatif à la contribution patronale assise sur les indemnités versées à l’occasion de la rupture conventionnelle et de la mise à la retraite et d’intégrer cette contribution dans l’article L. 137-15 relatif au forfait social. En effet, il apparaît opportun, afin de rendre plus lisible l’articulation de ces dispositions, de regrouper dans un seul article ces deux contributions à la charge de l’employeur.

Sont modifiés les articles L.137-16 du code de la sécurité sociale et L.411-9 du code du tourisme.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L’assujettissement des aides directes (titres-restaurant, CESU, ASC, financement des activités sportives et chèques vacances) versées par l’employeur à ses salarié, devrait générer **950 M€ de recettes nouvelles dans le champ ROBSS**.

L’évaluation financière de cette mesure repose sur l’application d’un taux de 8 % à l’assiette des avantages exonérés, telle qu’estimée annuellement par la direction de la sécurité sociale en annexe du PLFSS. Pour 2025, l’assiette exemptée prévisionnelle est de 11,8 Md€ pour l’ensemble des dispositifs visés.

Par ailleurs, la hausse de 10 points du taux de contribution patronale pour les indemnités de rupture conventionnelle et les indemnités de mise à la retraite devrait générer **260 M€ de recettes supplémentaires**.

La mesure présente un gain de l’ordre de 1,2 Md€ sur le champ ROBSS, soit environ 1 Md€ toutes administrations publiques, compte tenu de l’effet-retour sur l’impôt sur les sociétés. L’ensemble des chiffrages est réalisé à comportements constants et doit être considérés comme des ordres de grandeurs.

Le coût est spontanément affecté à la branche vieillesse du régime général, affectataire du forfait social. Cette affectation est toutefois aménagée par l’article du 12 du présent projet de loi.

80Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
ROBSS		+1 210	+1 240	+1 270	+1 300
- Vieillesse		+1 210	+1 240	+1 270	+1 300
- Autonomie					
État		-240	-250	-250	-260

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

a) impacts économiques

L’assujettissement des compléments de salaire à forfait social à hauteur de 8 % est de nature à avoir des effets comportementaux des employeurs entraînant la réduction de leurs attributions de ces avantages aux salariés

Toutefois, l'ampleur de cet impact resterait limitée, en raison du différentiel significatif de taux de prélèvements qui subsistera entre ces compléments de salaires et la rémunération de base, sur laquelle des droits sociaux sont calculés. A l'inverse, la mesure pourrait entraîner un effet de déport vers les éléments de rémunération cotisés, sur la base desquels les salariés se voient garantir l'ouverture de leurs droits sociaux.

L'augmentation du taux de la contribution patronale sur les indemnités de rupture du contrat de travail pourrait avoir un effet sur le montant des indemnités versées ou sur les conditions ou modalités de séparation choisies par les employeurs ou les salariés.

b) Impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Obligation déclaration nouvelle des employeurs pour la part n'étant pas aujourd'hui déclarée via la déclaration sociale nominative.

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

La mise en œuvre de la mesure peut se faire à moyen constant, avec une mise à jour des systèmes d'information, notamment des logiciels de paie.

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

La mise en œuvre de cette proposition se ferait à budget de fonctionnement constant pour les organismes chargés du recouvrement.

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.

Applicable au 1^{er} janvier 2026.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes concernés devront garantir l'information des cotisants concernés des nouvelles modalités d'assujettissement.

d) Suivi de la mise en œuvre

Ces dispositifs sont notamment suivis dans le cadre de l'annexe 4 au PLFSS et de l'annexe 2 au PLACSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L137-12 de la section 6 du chapitre II du code de la sécurité sociale avant modification	Article L137-12 de la section 6 du chapitre II du code de la sécurité sociale après modification
Est instituée, à la charge de l'employeur et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, une contribution assise sur les indemnités versées à l'occasion de : 1° La mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur mentionnée à l'article L. 1237-5 du code du travail, pour la part exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code ; 2° La rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code. Le taux de cette contribution est fixé à 30 %.	~~Est instituée, à la charge de l'employeur et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, une contribution assise sur les indemnités versées à l'occasion de :~~ ~~1° La mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur mentionnée à l'article L. 1237-5 du code du travail, pour la part exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code ;~~ ~~2° La rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code.~~ ~~Le taux de cette contribution est fixé à 30 %~~
Article L137-15 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L137-15 du code de la sécurité sociale après modification
Les revenus d'activité assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception : 1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code et de ceux exonérés en application du quatrième alinéa du I du même article ; 2° (Abrogé) 3° Des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi et des indemnités mentionnées au 7° de l'article L. 1237-18-2 du code du travail et aux 5° et 7° de l'article L. 1237-19-1 du même code ainsi que des indemnités mentionnées au 6° de l'article 80 duodecimes du code général des impôts, qui sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code ; 4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme. Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail. Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme. Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au b du 2° du III de l'article L. 136-1-1. 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, ni les employeurs publics de moins de onze	~~Les revenus d'activité assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :~~ ~~1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code et de ceux exonérés en application du quatrième alinéa du I du même article ;~~ ~~2° (Abrogé)~~ ~~3° Des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi et des indemnités mentionnées au 7° de l'article L. 1237-18-2 du code du travail et aux 5° et 7° de l'article L. 1237-19-1 du même code ainsi que des indemnités mentionnées au 6° de l'article 80 duodecimes du code général des impôts, qui sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code ;~~ ~~4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.~~ ~~Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.~~ ~~Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.~~ ~~Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au b du 2° du III de l'article L. 136-1-1.~~ ~~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, ni les employeurs publics de moins de onze agents au titre de la~~

agents au titre de la participation mentionnée au 4° bis du II de l'article L. 242-1 du présent code. Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties à cette contribution les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail et au titre de l'intéressement mentionné au titre Ier du même livre III ainsi que les versements des entreprises mentionnés au titre III dudit livre III quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies, dans les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code. Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties les entreprises qui emploient au moins cinquante salariés et moins de deux cent cinquante salariés pour les sommes versées au titre de l'intéressement mentionné au titre Ier du livre III de la troisième partie du code du travail.	~~participation mentionnée au 4° bis du II de l'article L. 242-1 du présent code.~~ ~~Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties à cette contribution les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail et au titre de l'intéressement mentionné au titre Ier du même livre III ainsi que les versements des entreprises mentionnés au titre III dudit livre III quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies, dans les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code.~~ ~~Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties les entreprises qui emploient au moins cinquante salariés et moins de deux cent cinquante salariés pour les sommes versées au titre de l'intéressement mentionné au titre Ier du livre III de la troisième partie du code du travail.~~ I. – Il est institué une contribution, due par les employeurs, assise sur les revenus d'activité, attribués par ceux-ci, qui sont assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations sociales telle qu'elle est définie à l'article L. 242-1, sauf si ces revenus sont assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 137-13 ou exonérés en application de son quatrième alinéa et sous les réserves suivantes : 1° Les sommes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du II de l'article L. 242-1 sont assujetties seulement pour les entreprises soumises à l'obligation, prévue à l'article L. 3322-2 du code du travail, de mise en place d'un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise et, en ce qui concerne les sommes allouées au titre de l'intéressement mentionnées au même 1°, à la condition supplémentaire que ces entreprises emploient au moins deux-cent-cinquante salariés ; 2° S'agissant des contributions destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire : a) Les sommes mentionnées au 4° du II de l'article L. 242-1 sont assujetties sauf celles versées par les employeurs de moins de onze salariés au titre de prestations complémentaires de prévoyance ; b) Les sommes mentionnées au 4° bis du même II sont seulement assujetties si elles sont versées par les employeurs publics d'au moins onze agents ; 3° a) Les indemnités de départ volontaire sont assujetties sauf lorsqu'elles sont versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi ; b) Les indemnités de mise à la retraite mentionnées à l'article L. 1237-5 du code du travail et les indemnités de rupture conventionnelle mentionnées à l'article L. 1237-13 du même code sont assujetties y compris pour leur part correspondant au montant mentionné au deuxième alinéa du a du 5° du III de l'article L. 136-1-1 ; c) Les indemnités mentionnées au 7° de l'article L. 1237-18-2 du code du travail et aux 5° et 7° de l'article L. 1237-19-1 ne sont pas assujetties. II. – Sont en outre assujetties : 1° Les sommes mentionnées au d du 3° du III de l'article L. 136-1-1 ; 2° Les sommes mentionnées au a et au f du 4° du III de l'article L. 136-1-1 ainsi que, lorsqu'elles sont attribuées par les employeurs, celles mentionnées au c du même 4° ;

	3° Les contributions des employeurs pour le financement d'activités ou de services sociaux et culturels tels que définis à l'article L. 2312-81 du code du travail. »
Article L137-16 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L137-16 du code de la sécurité sociale après modification
Article L. 137-16 Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 %. 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, pour 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 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. Ce taux est fixé à 10 % pour : 1° Les versements des entreprises prévus à l'article L. 3332-11 du code du travail lorsque l'entreprise abonde la contribution versée par le salarié ou la personne mentionnée à l'article L. 3332-2 du même code pour l'acquisition d'actions ou de certificats d'investissement émis par l'entreprise ou par une entreprise incluse dans le même périmètre de consolidation ou de combinaison des comptes au sens de l'article L. 3344-1 dudit code ; 2° Les versements des entreprises mentionnées au 1° de l'article L. 3332-11 du même code. Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du présent code est fixé à 16 % pour les versements par l'employeur des sommes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 224-2 du code monétaire et financier, lorsque le plan d'épargne retraite d'entreprise prévoit que l'allocation de l'épargne mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 224-3 du même code est affectée, selon des modalités fixées par décret, à l'acquisition de parts de fonds comportant au moins 10 % de titres susceptibles d'être employés dans un plan d'épargne en actions destiné au financement des petites et moyennes entreprises et des entreprises de taille intermédiaire, dans les conditions prévues à l'article L. 221-32-2 dudit code.	Article L. 137-16 I.- Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 % ~~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, pour 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 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.~~ ~~Ce taux est fixé à 10 % pour :~~ II. – Par dérogation au I, ce taux est fixé : 1° A 8 % pour les sommes mentionnées : - au 1° du I de l'article L. 137-15 lorsqu'elles sont 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 productions soumises à la loi n°78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production ; - au a, lorsqu'elles sont destinées au financement de prestations complémentaires de prévoyance, et au b du 2° du I de l'article L. 137-15 ; - aux 2° et 3° du II de l'article L. 137-15 et au 5° du II de l'article L. 242-1 ; 2° Au titre de sommes mentionnées au 1° du I de l'article L. 137-15, à 10 % pour : ~~1° L-~~ Les versements des entreprises prévus à l'article L. 3332-11 du code du travail lorsque l'entreprise abonde la contribution versée par le salarié ou la personne mentionnée à l'article L. 3332-2 du même code pour l'acquisition d'actions ou de certificats d'investissement émis par l'entreprise ou par une entreprise incluse dans le même périmètre de consolidation ou de combinaison des comptes au sens de l'article L. 3344-1 dudit code ; ~~2° L-~~ les versements des entreprises mentionnées au 1° de l'article L. 3332-11 du même code. ~~Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du présent code est fixé à 16 % pour les versements par l'employeur des sommes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 224-2 du code monétaire et financier, lorsque le plan d'épargne retraite d'entreprise prévoit que l'allocation de l'épargne mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 224-3 du même code est affectée, selon des modalités fixées par décret, à l'acquisition de parts de fonds comportant au moins 10 % de titres susceptibles d'être employés dans un plan d'épargne en actions destiné au financement des petites et moyennes entreprises et des entreprises de taille intermédiaire, dans les conditions prévues à l'article L. 221-32-2 dudit code.~~ 3° Au titre également de sommes mentionnées au 1° du I de l'article L. 137-15, à 16 % pour les sommes, autres que celles mentionnées au deuxième alinéa du 1° du II, versées par les employeurs à un plan d'épargne retraite d'entreprise en

	application de l'article L. 224-2 du code monétaire et financier lorsque ce plan prévoit que l'allocation de l'épargne mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 224-3 du même code est affectée, selon des modalités fixées par décret, à l'acquisition de parts de fonds comportant au moins 10 % de titres susceptibles d'être employés dans un plan d'épargne en actions destiné au financement de petites et moyennes entreprises et des entreprises de taille intermédiaire, dans les conditions prévues à l'article L. 221-32-2 dudit code. 4° A 40 % pour les indemnités mentionnées au b du 3° du I de l'article L. 137-15.
Article L241-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L241-3 du code de la sécurité sociale après modification
La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 et les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite mentionnées au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail et par des cotisations assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé annuellement et revalorisé en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par : 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-10, L. 137-11, L. 137-11-1, L. 137-11-2, L. 137-12, L. 137-15 et L. 137-30 du présent code ; [...]	La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 et les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite mentionnées au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail et par des cotisations assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé annuellement et revalorisé en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par : 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-10, L. 137-11, L. 137-11-1, L. 137-11-2, ~~L. 137-12~~, L. 137-15 et L. 137-30 du présent code ; [...]
Article L242-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L242-1 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Les cotisations de sécurité sociale dues au titre de l'affiliation au régime général des personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3 sont assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette définie à l'article L. 136-1-1. Elles sont dues pour les périodes au titre desquelles ces revenus sont attribués. II.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale :	I.-Les cotisations de sécurité sociale dues au titre de l'affiliation au régime général des personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3 sont assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette définie à l'article L. 136-1-1. Elles sont dues pour les périodes au titre desquelles ces revenus sont attribués. II.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale :

1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ; 2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du même code ; 3° Les sommes versées par l'employeur à un plan d'épargne en application de l'article L. 3332-11 du même code et de l'article L. 224-21 du code monétaire et financier ; [...] 7° Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts qui ne sont pas imposables en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, sont intégralement assujetties à cotisations les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du même code d'un montant supérieur à cinq fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, ainsi que celles versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail d'un montant supérieur à dix fois le montant de ce même plafond. En cas de cumul d'indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions et de la rupture du contrat de travail, il est fait masse de l'ensemble de ces indemnités ; lorsque le montant de celles-ci est supérieure à cinq fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3, ces indemnités sont intégralement assujetties à cotisations. Le premier alinéa du présent 7° est également applicable aux indemnités mentionnées au 6° de l'article 80 duodecies du code général des impôts versées aux salariés et aux agents en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire, y compris lorsqu'elles sont imposables et dans la limite des montants prévus aux a et b du 6° du même article 80 duodecies. 8° Le gain net réalisé sur des titres souscrits ou acquis par des salariés ou des dirigeants ou attribués à ceux-ci, qui est acquis en contrepartie des fonctions de salarié ou de dirigeant dans la société émettrice de ces titres, dans toute société dans laquelle la société émettrice détient directement ou indirectement une quote-part du capital ou dans toute société qui détient directement ou indirectement une quote-part du capital de la société émettrice.	1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ; 2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du même code ; 3° Les sommes versées par l'employeur à un plan d'épargne régi par les dispositions du titre III du livre III de la troisième partie du code du travail ou de la sous-section 2 et 3 de la section 2 du chapitre IV du titre II du livre II en application de l'article L. 3332-11 du même code et de l'article L. 224-21 du code monétaire et financier ; [...] 7° Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts qui ne sont pas imposables en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, sont intégralement assujetties à cotisations les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du même code d'un montant supérieur à cinq fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, ainsi que celles versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail d'un montant supérieur à dix fois le montant de ce même plafond. En cas de cumul d'indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions et de la rupture du contrat de travail, il est fait masse de l'ensemble de ces indemnités ; lorsque le montant de celles-ci est supérieur à cinq fois le montant annuel du plafond défini à l'article L. 241-3, ces indemnités sont intégralement assujetties à cotisations. Le premier alinéa du présent 7° est également applicable aux indemnités mentionnées au 6° du 1 de l'article 80 duodecies du code général des impôts versées aux salariés et aux agents en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire, y compris lorsqu'elles sont imposables et dans la limite des montants prévus aux a et b du 6° du 1 du même article 80 duodecies. ~~8° Le gain net réalisé sur des titres souscrits ou acquis par des salariés ou des dirigeants ou attribués à ceux-ci, qui est acquis en contrepartie des fonctions de salarié ou de dirigeant dans la société émettrice de ces titres, dans toute société dans laquelle la société émettrice détient directement ou indirectement une quote-part du capital ou dans toute société qui détient directement ou indirectement une quote-part du capital de la société émettrice.~~
Article L411-9 du code du tourisme avant modification	Article L411-9 du code du tourisme après modification
Dans les entreprises de moins de cinquante salariés, dépourvues de comité d'entreprise et qui ne relèvent pas d'un organisme paritaire mentionné à l'article L. 411-20, et pour ce qui concerne le particulier employeur, l'avantage résultant de la contribution de l'employeur à l'acquisition des chèques-vacances par les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 411-1 est exonéré des cotisations et contributions prévues par la législation du travail et de la sécurité sociale, à l'exception de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Le montant de l'avantage donnant droit à exonération, qui ne peut excéder les plafonds fixés au dernier alinéa de l'article L. 411-11, est limité, par bénéficiaire et par an, à 30 % du salaire minimum de croissance apprécié sur une base mensuelle. Lorsqu'un	Dans les entreprises de moins de cinquante salariés, dépourvues de comité d'entreprise et qui ne relèvent pas d'un organisme paritaire mentionné à l'article L. 411-20, et pour ce qui concerne le particulier employeur, l'avantage résultant de la contribution de l'employeur à l'acquisition des chèques-vacances par les bénéficiaires mentionnés à l'article L. 411-1 est exonéré des cotisations et contributions prévues par la législation du travail et de la sécurité sociale, à l'exception de la contribution sociale généralisée, de et la contribution pour le remboursement de la dette sociale et de la contribution prévue à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale. Le montant de l'avantage donnant droit à exonération, qui ne peut excéder les plafonds fixés au dernier alinéa de l'article L. 411-11, est limité, par bénéficiaire et par an, à 30 % du salaire minimum de

redressement de cotisations sociales a pour origine la mauvaise application de cette exonération, ce redressement ne porte que sur la fraction des cotisations et contributions indûment exonérées ou réduites, sauf en cas de mauvaise foi ou d'agissements répétés du cotisant. Pour l'application du premier alinéa du présent article, l'effectif salarié et le franchissement du seuil de cinquante salariés sont déterminés selon les modalités prévues à l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale.	croissance apprécié sur une base mensuelle. Lorsqu'un redressement de cotisations sociales a pour origine la mauvaise application de cette exonération, ce redressement ne porte que sur la fraction des cotisations et contributions indûment exonérées ou réduites, sauf en cas de mauvaise foi ou d'agissements répétés du cotisant. Pour l'application du premier alinéa du présent article, l'effectif salarié et le franchissement du seuil de cinquante salariés sont déterminés selon les modalités prévues à l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale.

Article 9 – Rationaliser certaines exonérations spécifiques

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

L'importance et la diversité des dispositifs dérogatoires en matière de prélèvements sociaux, si elle peut se comprendre pour répondre à des objectifs de politiques publiques sectoriels, posent un certain nombre de difficultés :

- Leur efficacité pour atteindre leurs objectifs est rarement démontrée et, lorsque l'analyse de leur faible efficacité est apportée, il n'en est pas toujours tenu compte dans le calibrage des dispositifs ;
- La dynamique du coût de ces dispositifs fait peser un aléa significatif et une contrainte forte sur les crédits de certains ministères, dans un contexte de forte tension sur le niveau des dépenses publiques. En effet, la compensation par les crédits des ministères porteurs de ces politiques, qui évite d'en faire supporter le coût à la sécurité sociale, est rendue difficilement supportable à la fois par la dynamique inhérente à ces dispositifs qui sont ouverts sur critères prédéfinis et sans limite de montants. Cette dynamique est par ailleurs affectée par de nombreux aléas, à la fois conjoncturels (notamment au plan économique) mais aussi par l'ensemble des effets directs ou indirects des mesures touchant au coût du travail (par exemple les effets de mesures relatives à d'autres dispositifs d'exonération). La hausse progressive des rémunérations induit de manière générale une hausse de leur coût sur le long terme, qui conduit certains de ces dispositifs à représenter une part prépondérante dans les budgets des ministères (ex. Les exonérations de la LODEOM représentent 40 % des dépenses du ministère des outre-mer) dans un contexte de contrainte globale sur les dépenses des ministères ;
- Le poids global de ces dispositifs augmente tendanciellement et s'apprête, sans mesure vigoureuse, à dépasser le cadre fixé par la programmation pluriannuelle des finances publiques traduite dans la LPFP (14 % des recettes totales).

Ces difficultés impliquent de prendre des mesures visant à maîtriser le coût global de ces dispositifs, à réduire ou supprimer les plus inefficients et à continuer à assurer par ailleurs un suivi rapproché et une évaluation aussi exhaustive que possible des dispositifs restants, comme y appelle d'ailleurs le nouveau cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale.

Plus précisément, quatre dispositifs sont identifiés comme particulièrement problématiques pour la construction budgétaire 2026 :

- Créée en 1979 pour soutenir les travailleurs indépendants, **l'aide à la création et à la reprise d'entreprise (ACRE)** ouvre droit, durant la première année d'activité, à une exonération de cotisations sociales – hors retraite complémentaire – sur la part de revenu inférieure au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Bien que conçu initialement pour favoriser la création d'activité par les demandeurs d'emploi, ce dispositif a progressivement vu son champ d'application élargi, incluant désormais l'ensemble des travailleurs indépendants classiques déclarant leurs revenus réels¹, quel que soit leur secteur d'activité ou leur statut vis-à-vis de l'emploi. Au 31 décembre 2024, 114 876 travailleurs indépendants, hors micro-entrepreneurs, bénéficiaient de l'ACRE : 13 166 exploitants agricoles et 101 710 affiliés au régime général (artisans, commerçants, etc.). L'exonération accordée aux indépendants classiques — totale jusqu'à 75 % du PASS (soit 35 325 € en 2025), puis dégressive jusqu'à 100 % du PASS (47 100 €) — engendre un coût budgétaire important et progressif. Les conditions d'éligibilité au dispositif, initialement réservées aux demandeurs d'emplois créant ou reprenant une société, ont été élargies en LFSS pour 2018 à tous les créateurs ou repreneurs d'entreprise, sans distinction, ce qui a porté le coût global du dispositif à plus de 600 M€ en 2020², ce qui a conduit à les restreindre partiellement à partir de 2020², notamment pour les micro-entrepreneurs, et à réduire la durée de bénéfice de l'exonération. En revanche les critères d'éligibilité restent plus favorables pour les travailleurs indépendants classiques que ceux existants avant 2018, puisqu'il leur est possible d'en bénéficier sans être demandeur d'emploi alors que cette condition est requise pour les créations de micro-entreprise. Dès lors, le coût constaté aujourd'hui est nettement plus élevé que ce qu'il était avant ces mesures d'élargissement : 266,5 M€ en 2017 contre 424,2 M€ en 2024 et près de 500 M€ prévus en 2026 à droit constant. Cette situation interroge la pertinence du dispositif dans sa forme actuelle : la mission conjointe IGF-IGAS, dans le cadre de la revue des dépenses de 2015, relevait déjà l'absence de démonstration de son efficacité, la DARES n'ayant pu conclure ni à un impact positif sur la création d'entreprise, ni à l'absence d'effets d'aubaine. L'absence d'impact positif dans ces évaluations ainsi que l'impératif de mieux maîtriser les dépenses publiques rendent nécessaires une réforme tendant à modérer le coût du dispositif en réduisant le niveau de l'exonération et en le ciblant davantage sur les populations les plus éloignées de l'emploi.
- Depuis la dernière réforme intervenue en 2019, le coût de la compensation des exonérations créées par la loi d'orientation pour le développement économique des outre-mer de 2009 (dites « **LODEOM** ») a fortement

¹ Par opposition aux travailleurs indépendants micro-entrepreneurs qui ne déclarent qu'un chiffre d'affaires sur lequel s'appliquent un abattement forfaitaire représentatif des charges et un taux global de prélèvements sociaux.

² Recentrage pour les micro-entrepreneurs sur les publics les plus vulnérables et suppression pour l'avenir de la possibilité de bénéficier du dispositif pendant trois ans.

augmenté, soit une progression de 33 % pour atteindre 1,5 Md€ en 2024 sur l'ensemble des composantes du dispositif. Sur ce montant, 1,2 Md€ correspond aux exonérations de cotisations dues aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS). Par ailleurs, le dispositif est fortement dérogatoire puisque l'avantage différentiel par rapport aux allègements généraux représente 45,5% du total, soit environ 700 M€ en 2024¹. Ce différentiel tendrait à s'accroître en 2026 avec l'entrée en vigueur de la réforme des allègements généraux. Au-delà du dynamisme du coût du dispositif, l'évaluation conduite par la mission IGF-IGAS² met en évidence l'absence d'effet significatif de la réforme de 2019 sur l'emploi, la mobilité salariale ou la rentabilité financière des entreprises bénéficiaires.

- **L'exonération de cotisations salariales en faveur des apprentis** constitue un avantage à la fois ancien et quasiment unique (les cotisations salariales ne faisant pas l'objet par principe d'exonération) mais qui représente aussi un coût très important pour le ministère du travail (1,6 Md€ en 2025 sur le champ ASSO) alors même que ce dispositif demeure difficile à justifier au regard des principes régissant les prélèvements sociaux. En effet, même si la rémunération brute des apprentis est globalement et le plus souvent inférieure à celle d'un salarié compte tenu des barèmes qui leur sont applicables, cette situation ne justifie pas par elle-même une exonération de cotisations salariales. Elle résulte en effet avant tout de la (1) prise en compte de sa présence seulement partielle dans l'entreprise, ce qui ne justifie pas une exonération puisqu'un salarié à temps partiel est quant à lui assujéti sans pouvoir bénéficier d'une exonération analogue et (2) du fait que l'apprenti étant en formation est *a priori* moins productif qu'un salarié, ce qui ne le justifie pas davantage puisque les jeunes salariés sont soumis au versement de l'intégralité des cotisations salariales. En sens inverse, les apprentis disposent des mêmes droits contributifs que les salariés sans y contribuer à proportion de leurs rémunérations : un trimestre d'apprentissage permet en effet aux apprentis de valider un trimestre de retraite au régime général. Il n'est par ailleurs pas démontré que ce dispositif constitue en soi une incitation forte au développement de l'apprentissage, lequel dépend largement d'autres facteurs et notamment de l'offre de formation et d'emplois adaptés en entreprises.
- Mise en place en 2004, **l'exonération en faveur des « Jeunes entreprises innovantes » (JEI)** vise à soutenir par des allègements fiscaux et des exonérations de cotisations sociales patronales les emplois dédiés à la R&D dans des entreprises de création récente. Le coût des exonérations de cotisations sociales octroyées aux JEI a doublé entre 2014 et 2023, passant de 139 M€ à 270 M€. Cette dynamique devrait être ralentie en 2025 sous l'effet de la mesure adoptée en LFSS 2025 de relèvement du seuil d'intensité en R&D pour être éligible au dispositif, passé de 15% à 20 % des charges déductibles de l'entreprise. Le dispositif devrait donc coûter 218 M€ en 2026, 225 M€ en 2027 et 230 M€ en 2028 (en intégrant le coût de la sous-catégorie des *jeunes entreprises en croissance* récemment ajoutée). Bien que sa progression ait ainsi été contenue, le coût actuel du dispositif pour le budget de l'Etat apparaît toutefois encore trop élevé au regard de sa contribution limitée en matière de soutien à l'emploi et d'apport au financement de l'innovation en PME.

b) Mesure proposée

La réduction de l'exonération ACRE

Il est proposé de diminuer le niveau maximal de l'exonération pour les travailleurs indépendants et de recentrer le dispositif sur les demandeurs d'emploi et les publics les plus vulnérables, afin d'aligner les conditions d'accès avec celles déjà en vigueur pour les micro-entrepreneurs.

Resteront ainsi éligibles les seules personnes mentionnées à l'article L. 5141-1 du code du travail, à savoir :

- 1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ;
- 2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail (CT) six mois au cours des dix-huit derniers mois ;
- 3° Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ou du revenu de solidarité active ;
- 4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ;
- 5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 CT ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 CT ;
- 6° Les personnes salariées ou les personnes licenciées d'une entreprise soumise à l'une des procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires prévues aux titres II, III et IV du livre VI du code de commerce qui reprennent tout ou partie d'une entreprise ;
- 7° Les personnes ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise mentionné à l'article L. 127-1 du code de commerce, sous réserve qu'elles remplissent l'une des conditions prévues aux 1° à 6° à la date de conclusion de ce contrat ;
- 8° Les personnes physiques créant ou reprenant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville ;
- 9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

Lorsque l'assiette sociale d'un bénéficiaire du dispositif ACRE est inférieure ou égale à 75 % du PASS (soit 35 500 euros environ en 2025), l'exonération sera désormais limitée à 25 % des cotisations d'assurance maladie et maternité, invalidité et décès, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse de base. Au-delà de ce niveau de revenu, la dégressivité serait

¹ IGAS-IGF, « Evaluation des mesures d'exonération de cotisations sociales spécifiques aux outre-mer », novembre 2024

² Ibid.

conservée pour les revenus compris entre 75% et 100% du PASS. Le niveau d'exonération étant plus bas, la trajectoire de sortie du dispositif sera plus progressive.

La mesure s'appliquerait uniquement aux personnes entrant dans le dispositif, c'est-à-dire celles qui créent ou reprennent une entreprise et satisfont les conditions de bénéfice de l'exonération à compter du 1^{er} janvier 2026. Elle ne peut s'appliquer aux bénéficiaires actuels, pour lesquels l'exonération continuera de s'appliquer jusqu'à son terme aux conditions en vigueur antérieurement, jusqu'au terme de la période de bénéfice de 12 mois

Une réforme importante du dispositif LODEOM visant plus de simplicité et un coût maîtrisé

Dans un souci de **lisibilité et de simplification** de ce dispositif marqué, comme l'a noté la mission IGAS-IGF, par sa complexité, il est proposé de supprimer le barème « innovation et croissance », qui présente des conditions d'éligibilité restrictives¹ et d'aligner les régimes de Saint-Barthélemy et Saint-Martin sur celui des autres DROM, les écarts – limités – avec les autres barèmes applicables n'étant pas justifiés par une différence de situation objective entre ces territoires et ceux des départements ultra-marins les plus proches qui bénéficient aujourd'hui du dispositif LODEOM de droit commun. Le dispositif LODEOM passera ainsi de 6 à 2 barèmes.

La **maîtrise du coût du dispositif** impose par ailleurs la réalisation d'une économie en réduisant les exonérations pour les rémunérations les plus élevées. Le dispositif LODEOM est en effet caractérisé par des réductions de cotisations patronales jusqu'à des rémunérations importantes (jusqu'à 4,5 SMIC pour le barème le plus généreux applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin), pour lesquelles la littérature économique décrit des effets limités voire non documentés des politiques d'exonération sur l'emploi notamment. L'évolution des paramètres proposés ne remet donc pas en cause l'économie générale du dispositif (une exonération maximale jusqu'à un niveau de rémunération supérieur au SMIC puis une dégressivité jusqu'à un second niveau) mais en réduit l'amplitude afin de rester à des plafonds inférieurs à 2 SMIC, soit là où l'impact des exonérations sur l'emploi est le plus important, tout en bénéficiant à l'attractivité et à la compétitivité de ces territoires (les plafonds demeurent sensiblement supérieurs à ceux de la réduction générale de droit commun).

Du reste, il est à noter que **les entreprises rémunérant des salariés à des niveaux de rémunérations tels qu'elles perdraient le bénéfice du dispositif LODEOM après la réforme basculeraient vers le dispositif général d'allègement de cotisations patronales (la réduction générale dégressive unique, dont le point de sortie est désormais fixé à 3 SMIC courant), ce qui limiterait de fait l'impact de la réforme sur le coût du travail dans ces territoires.**

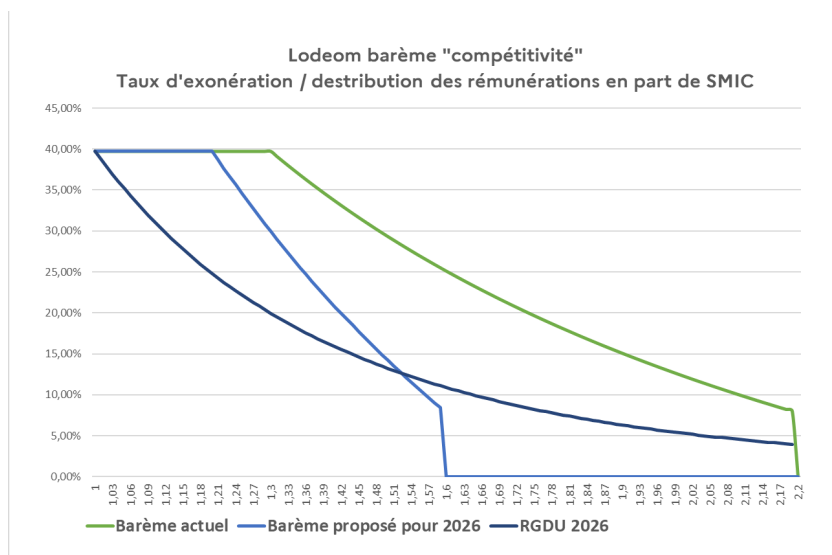
Par ailleurs, pour rappel, la LFSS pour 2025 a maintenu le bénéfice des exonérations proportionnelles de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales au 1^{er} janvier 2026 pour les rémunérations des salariés éligibles à des exonérations spécifiques. Cette disposition serait maintenue. Toutefois, compte tenu de la réforme des barèmes proposés, une plus faible proportion de salarié ouvrira droit à ces réductions spécifiques.

Les évolutions paramétriques proposées à compter de l'année 2026 sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

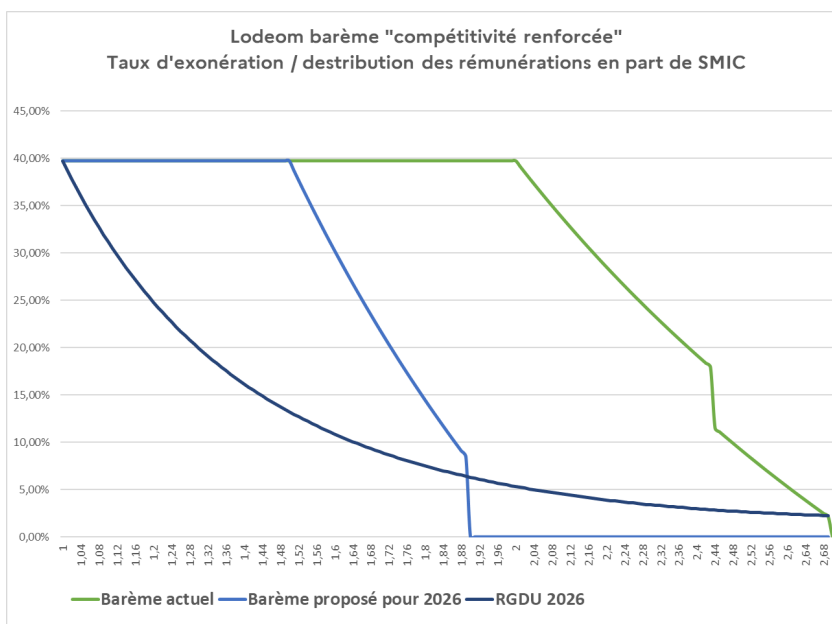
Avant réforme Guadeloupe, Guyane, Martinique, la Réunion			Après réforme Guadeloupe, Guyane, Martinique, la Réunion, Saint Barthélemy et Saint Martin		
Barème « compétitivité »	Seuil d'exonération totale	1,3 SMIC	Barème « compétitivité »	Seuil d'exonération totale	1,2 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,3 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,2 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	2,2 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	1,6 SMIC
Barème « compétitivité renforcée »	Seuil d'exonération totale	2 SMIC	Barème « compétitivité renforcée »	Seuil d'exonération totale	1,5 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,5 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	2,7 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	1,9 SMIC
Barème « innovation et croissance »	Seuil d'exonération totale	1,7 SMIC	Supprimé	Seuil d'exonération totale	1,7 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2,5 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2,5 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3,5 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3,5 SMIC

Ces évolutions sont représentées graphiquement ci-dessous :

¹ Cette suppression serait partiellement compensée par l'éligibilité de ces rémunérations aux deux autres dispositifs ainsi qu'aux allègements généraux ; certaines entreprises pourraient également choisir un autre dispositif plus adapté comme celui applicable aux jeunes entreprises innovantes (JEI) : cet effet de déport sur les deux autres barèmes de LODEOM et sur les allègements généraux est pris en compte dans les chiffres présentés ; un éventuel déport sur JEI est négligé.



Note de lecture : pour un salarié disposant d'une rémunération équivalente à 1,15 fois le SMIC 2026 (environ 2 100€ brut mensuel), la réforme n'a pas d'impact sur le niveau d'exonération dont bénéficie l'entreprise éligible au barème « compétitivité ». Pour un salarié rémunéré à 2,1 fois le SMIC 2026 (environ 3 830€ brut), l'entreprise éligible à ce même barème basculerait vers le dispositif général d'allègement de cotisations (la RGDU), soit une baisse d'exonération de l'ordre de 5 points.



Note de lecture : pour un salarié disposant d'une rémunération équivalente à 1,4 fois le SMIC 2026 (environ 2 550€ brut mensuel), la réforme n'a pas d'impact pour une entreprise éligible au barème « compétitivité renforcée ». Pour un salarié rémunéré à 2,45 fois le SMIC (environ 4 470€ brut mensuel), l'entreprise éligible à ce même barème basculerait vers le dispositif général d'allègement, soit une baisse d'exonération de l'ordre de 8 points.

La suppression du dispositif d'exonération de cotisations salariales des apprentis

La mesure proposée consiste à supprimer en flux l'exonération de cotisations salariales en faveur des apprentis pour les seuls nouveaux contrats (1^{ère} rémunération déclarée au titre des périodes d'activité à compter du 1^{er} janvier 2026 conformément au principe du fait générateur pour le calcul des cotisations et contributions sociales). La partie de la rémunération supérieure à 50 % du SMIC était déjà assujettie depuis le décret 2025-290 du 28 mars 2025, en application de la LFSS pour 2025. Ces rémunérations seront donc entièrement soumises au barème des cotisations salariales de retraite de base (7,3 %) et complémentaires (4,01%).

c) Augmenter le montant minimal de charges déductibles au titre des dépenses de recherche & développement pour bénéficier de l'exonération

L'augmentation du niveau de dépenses au titre de programmes de recherches et de développement pour être éligibles aux exonérations de cotisations sociales patronales pour les JEI vise à recentrer le dispositif sur les entreprises les plus innovantes, consacrant au moins 25% de leurs dépenses à de telles activités.

d) Autres options possibles

S'agissant de l'**ACRE**, la mesure de réduction de l'avantage accordé est privilégiée à une baisse du plafond d'éligibilité à l'exonération, qui n'est pas très élevé au regard des revenus moyens des indépendants lors de la création d'une activité. Dans une logique de rationalisation des aides et de maîtrise de la dépense publique, la suppression de l'ACRE aurait pu également être envisagée, mais elle aurait été moins proportionnée que celle proposée.

S'agissant de l'exonération « **LODEOM** », la piste d'une réforme plus systémique, envisagée par le rapport IGAS-IGF, a été écartée. Elle supposait notamment d'unifier totalement l'exonération dans les départements d'Outre-mer concernés, sans condition de secteur d'activité. Si cette option présente des qualités de simplification et de fiabilisation du dispositif – la sectorisation étant source d'erreurs – elle aurait impliqué de faire baisser encore davantage les exonérations des entreprises qui bénéficient actuellement du dispositif au profit d'entreprises qui n'en avaient jamais bénéficié ou bénéficié dans une moindre proportion, afin de maintenir à minima un coût constant.

S'agissant de l'**exonération de cotisations sociales salariales des apprentis**, le choix de réaliser la mesure en flux plutôt que de l'appliquer sur le stock s'explique par le souhait du Gouvernement de ne pas occasionner de baisse de la rémunération nette des apprentis déjà engagés dans un contrat.

S'agissant de l'**exonération « JEI »**, la création de deux sous-régimes préférentiels d'IR-PME pour les JEI et jeunes entreprises innovantes de rupture (JEI-R) en LFI 2024 invite à réinterroger les exonérations sociales associées aux statuts de JEI, JEIR et jeune entreprise de croissance (JEC). Il aurait été envisageable de supprimer pour recentrer l'aide à ces entreprises sur ces nouvelles dépenses fiscales. La sous-catégorie des jeunes entreprises universitaires (JEU) aurait continué à bénéficier de l'exonération de cotisations sociales en plus de l'avantage fiscal.

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

Ces dispositifs sont des exonérations de cotisations sociales. Leur réduction ou leur suppression (comme symétriquement leur extension) modifie donc les recettes des régimes de sécurité sociale en augmentant le quantum de cotisations perçues et en réduisant le montant des transferts budgétaires réalisés par l'État d'autant. À ce titre, ces mesures relèvent des LFSS au sens des 1^o et 2^o de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Ces dispositions ne sont pas encadrées par des normes européennes spécifiques.

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

a) Possibilité de codification

Pour l'ACRE, l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale est modifié.

Pour l'exonération LODEOM, l'article L. 752-3-2 est modifié et l'article L. 752-3-3 est abrogé en conséquence.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pour l'exonération sur les apprentis, l'article L. 6243-2 du code du travail posant son principe 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>	Applicable
<i>Mayotte</i>	Applicable concernant la mesure ACRE et celle sur les apprentis Non-applicable concernant les mesures LODEOM et JEI
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	Applicable
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	Applicable concernant la mesure sur les apprentis Non applicable concernant les mesures ACRE, LODEOM et JEI
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	Non applicables

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

S'agissant de la mesure relative à l'**ACRE**, le gain est de 92 M d'euros en 2026 et de 184 M d'euros à compter de 2027 dans l'hypothèse d'une exonération de 25 % des cotisations concernées. Les dispositions relatives aux micro-entrepreneurs devront également être adaptées, puisque le régime prévu par décret ne pourra pas rester plus favorable que celui prévu pour les travailleurs indépendants déclarant au réel¹. L'effet d'un alignement à 25 % sera de 60 M supplémentaires en 2026 et 120 M à partir de 2026, soit 152 M au total sur le dispositif en 2026 et 304 M à compter de 2027. Dépendant d'un décret autonome, il ne figure toutefois pas dans le tableau ci-dessous.

S'agissant de la mesure relative à la **LODEOM**, le gain de la mesure est de 350 M d'euros bruts pour l'État dès 2026 (hors effet sur l'IS qui peut être estimé à 20% environ des effets de la mesure). L'effet-retour sur les allègements généraux de cotisations sociales est évalué à -100 M€. Il est toutefois en grande partie compensé, de l'ordre de +90 M€, par la réduction du coût des exonérations proportionnelles de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales maintenues au 1^{er} janvier 2026 pour ces entreprises, celles-ci étant désormais corrélées au bénéfice des exonérations spécifiques. L'effet net pour les régimes de sécurité sociale n'est donc que de 10 M d'euros.

S'agissant de la mesure relative aux **apprentis**, l'impact de la mesure monterait progressivement en charge du fait de son application au seul flux de nouveaux contractants : 320 M d'euros en 2026, puis 1,2 Md d'euros à compter de 2027.

S'agissant enfin de la mesure relative aux **JEI**, le montant de l'économie est estimé à environ 25 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
État ²		+ 787	+ 1 759	+ 1 759	+1 759

¹ L'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale pose en effet un principe d'équivalence entre les deux régimes.

² Effet budgétaire sans prise en compte de l'effet « retour » sur l'impôt sur les sociétés ou l'impôt sur le revenu. Cet effet peut être considéré comme faible voire nul pour l'ACRE ou l'apprentissage (le taux d'imposition de ces publics étant très faible) et comme relativement limité côté LODEOM (environ 70 M d'euros en prenant l'hypothèse d'un taux moyen d'IS à 20%).

Régime général ¹ dont :		-10	-10	-10	-10
Vieillesse		-5	-5	-5	-5
Maladie		-4	-4	-4	-4
Famille		-1	-1	-1	-1

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

a) impacts économiques

S'agissant de l'**ACRE**, l'avantage tiré de la première année de création ou de reprise d'entreprise sera amoindri par la mesure. Toutefois, aucune étude ne démontre d'effet du dispositif sur le niveau de création ou de reprise d'entreprise.

S'agissant de la réforme de l'**exonération « LODEOM »**, le dispositif revient à diminuer de 350 M€ les exonérations dont bénéficient le secteur. Ce montant représente une baisse de 22 % du coût de l'exonération et une hausse de 5 à 8 % de la masse salariale selon les territoires et les barèmes concernés. L'impact est plus important pour les entreprises bénéficiant du barème « compétitivité renforcée » qui était plus généreux au départ. L'effet de déport vers la réduction générale dégressive unique (RGDU) qui deviendrait plus favorable que les barèmes de Lodeom selon les rémunérations pratiquées par les entreprises éligibles réduira cet impact de l'ordre de 100 M€.

S'agissant de l'**exonération relative aux apprentis**, sa suppression entraînerait toutes choses égales par ailleurs un moindre revenu net des apprentis qui commenceraient un contrat d'apprentissage à compter du 1^{er} janvier 2026. L'ampleur de cet effet est variable en fonction des rémunérations puisque les cotisations sont elles-mêmes proportionnelles à ces dernières. En fonction de la situation de l'apprenti, le montant des prestations sociales auxquelles l'apprenti peut être éligible, notamment la prime d'activité, pourrait être majoré par rapport à une situation sans réforme.

S'agissant de l'**exonération « JEI »**, l'impact économique serait neutre ou positif au titre de la réorientation de la dépense fiscale en direction d'entreprises innovantes.

b) impacts sociaux

Compte tenu des évaluations réalisées sur ces dispositifs, ces impacts devraient rester limités :

- L'**ACRE** n'a pas d'effet démontré sur le niveau de la création d'entreprises qui est par ailleurs déjà à un de ses niveaux historiquement les plus élevés (1 051 500 créations en 2023 d'après l'INSEE, contre 566 800 dix ans plus tôt) ; son recentrage sur les publics les plus éloignés de l'emploi permettra d'en améliorer l'efficacité ;
- L'analyse conduite par la mission IGAS-IGF qui a testé la sensibilité de l'emploi et de la rentabilité des entreprises à une modifications des exonérations prévues par la **LODEOM** (celle de 2019, dernier choc exogène mobilisable) ne montre « aucun effet significatif sur l'emploi des entreprises de 2 à 11 salariés » et « ne permet pas d'établir un effet significatif de la réforme [de 2019] sur l'emploi des entreprises de plus de 11 salariés » ; elle ne « fait pas apparaître d'effet significatif sur les rémunérations par salariés » ; elle ne « permet pas de détecter un impact significatif de [la réforme de 2019] sur les indicateurs de rentabilité des entreprises » ; l'impact du dispositif sur ces facteurs semble donc limité et la diminution proposée – partiellement compensée par une hausse des allègements généraux et une baisse de l'impôt sur les sociétés – n'aura symétriquement pas d'effet négatif majeur.
- S'agissant de l'**apprentissage**, si l'assujettissement engendrera un revenu net plus bas pour les nouveaux apprentis, elle contribue par ailleurs à rendre le coût global de l'apprentissage soutenable sur le long terme ;
- S'agissant de la mesure « **JEI** », l'impact sur l'emploi devrait être quasiment nul en cohérence avec l'évaluation du dispositif en 2021.

• Impact sur les jeunes

Seule la mesure relative aux apprentis impacte spécifiquement les jeunes, compte tenu notamment du maintien à l'identique de l'exonération pour les jeunes entreprises universitaires. S'il est établi que l'apprentissage est un facteur de renforcement de l'insertion professionnelle, la mesure proposée n'aura pas d'impact significatif sur l'offre d'apprentissage qui reste d'abord commandée par les formations et les places disponibles en entreprise.

Malgré la restriction du champ de l'ACRE, les jeunes pourront continuer à en bénéficier du fait de leur âge (18-26 ans par renvoi au 4^e de l'article L. 5141-1 du code du travail).

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Aucun impact spécifique.

¹ La ventilation de l'effet par branche est en partie conventionnelle, cette répartition précise ayant vocation à être précisée par arrêté d'ici la fin de l'année. Ici, elle reflète schématiquement le poids des cotisations dans la future réduction générale en tenant compte d'une probable neutralisation des effets sur l'Unédic et l'Agirc-Arrco par les branches.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact spécifique.

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

Aucun impact spécifique.

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

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

S'agissant de l'**ACRE**, le caractère plus ciblé pourra conduire à réévaluer le caractère automatique de son application. S'agissant des micro-entrepreneurs, le dispositif est déjà sur demande, les cotisants devant justifier de leur appartenance à une des catégories éloignées de l'emploi éligibles.

S'agissant de la **LODEOM**, les paramètres fixés par la loi seront accompagnés d'une communication en direction des employeurs et des éditeurs de logiciels de paye qui mettront concrètement en œuvre ces paramètres à compter des déclarations des périodes de janvier qui seront réalisées début février 2025. Le bulletin officiel de la sécurité sociale, ainsi que les sites de l'URSSAF et des caisses de MSA seront actualisés.

S'agissant de l'**exonération des apprentis**, le dispositif passera essentiellement par une modification des pratiques des employeurs qui déclarent et versent ces cotisations salariales pour le compte de leurs apprentis. Elle sera là aussi accompagnée d'une communication dédiée et d'une modification des informations disponibles sur les sites officiels d'information.

S'agissant des **jeunes entreprises innovantes**, la mesure ne modifie pas les démarches nécessaires pour bénéficier de l'exonération et notamment les conditions encadrant l'activité des entreprises.

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

Ces mesures essentiellement paramétriques auront un impact modéré sur les organismes de recouvrement qui devront toutefois s'assurer d'appliquer les nouvelles règles.

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

Ces mesures seront mises en œuvre à moyens constants.

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

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

Sur l'**ACRE**, modification de l'article D. 131-6-1 du code de la sécurité sociale.

Sur la **LODEOM**, abrogation par décret de l'article D. 752-8 et modification de l'article D. 752-7 du code de la sécurité sociale.

Sur l'apprentissage, abrogation par décret de l'article D. 6243-2 du code du travail.

Sur **JEI**, un décret simple devra actualiser la rédaction du décret n°2004-581 du 21 juin 2004 pris en application de l'article 131 de la loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003) instituant une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale en faveur de la jeune entreprise innovante

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 mesure transitoire n'est envisagée avant la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2026 de ces dispositions.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Communication dédiée des organismes de recouvrement, animation d'instances d'échanges par la DSS et actualisation des sites officiels (URSSAF, MSA, BOSS, service-public.fr).

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre sera assuré notamment dans les annexes au PLACSS pour 2026.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Bénéficiaire de l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales dont elles sont redevables au titre de l'exercice de leur activité les personnes qui créent ou reprennent une activité professionnelle ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée soit à titre indépendant relevant de l'article L. 611-1 du présent code ou de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, notamment dans le cas où cette création ou reprise prend la forme d'une société mentionnée aux 11°, 12° ou 23° de l'article L. 311-3 du présent code ou aux 8° ou 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime. Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I sont celles qui : 1° Soit relèvent simultanément du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du présent code et de l'une des catégories mentionnées à l'article L. 5141-1 du code du travail ; 2° Soit ne relèvent pas des articles L. 613-7 et L. 642-4-2 du présent code. II.-L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois. Lorsque l'assiette des cotisations mentionnées au I est inférieure ou égale aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, l'exonération est totale. Au-delà de ce seuil d'assiette, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque l'assiette est égale au plafond annuel de la sécurité sociale. L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte : 1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ; 2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés. Les personnes relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du présent code formulent, lors de la création de leur activité, leur demande d'exonération auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 213-1. Les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants ne relevant pas du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 et bénéficiant de l'exonération prévue au présent article, à l'exclusion des conjoints collaborateurs des assurés relevant du titre V du livre VI ayant opté pour le calcul de leurs cotisations selon les modalités prévues au 3° de l'article L. 662-1, peuvent bénéficier de cette exonération. Dans ce cas, l'assiette prise en compte pour déterminer le montant de l'exonération accordée correspond à la fraction de l'assiette, prévue à l'article L. 131-6, du chef d'entreprise attribuée au conjoint collaborateur. Cette fraction est alors déduite de l'assiette permettant de	I.-Bénéficiaire de l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales dont elles sont redevables au titre de l'exercice de leur activité les personnes qui créent ou reprennent une activité professionnelle ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée soit à titre indépendant relevant de l'article L. 611-1 du présent code ou de l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, notamment dans le cas où cette création ou reprise prend la forme d'une société mentionnée aux 11°, 12° ou 23° de l'article L. 311-3 du présent code ou aux 8° ou 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime. ~~Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I sont celles qui :~~ ~~1° Soit relèvent simultanément du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du présent code et de l'une des catégories mentionnées à l'article L. 5141-1 du code du travail ;~~ ~~2° Soit ne relèvent pas des articles L. 613-7 et de l'article L. 642-4-2 du présent code.~~ Le premier alinéa s'applique aux personnes qui relèvent de l'une des catégories mentionnées à l'article L. 5141-1 du code du travail, à l'exclusion des personnes mentionnées à l'article L. 642-4-2 du présent code. II.-L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois. Lorsque l'assiette des cotisations mentionnées au I est inférieure ou égale aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, ~~l'exonération est totale~~ le montant de l'exonération, qui est fixé par décret, ne peut excéder 25 % de ces cotisations. Au-delà de ce seuil d'assiette, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque l'assiette est égale au plafond annuel de la sécurité sociale. L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte : 1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ; 2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés. Les personnes relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du présent code formulent, lors de la création de leur activité, leur demande d'exonération auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 213-1. Les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants ne relevant pas du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 et bénéficiant de l'exonération prévue au présent article, à l'exclusion des conjoints collaborateurs des assurés

déterminer le montant d'exonération applicable aux cotisations du chef d'entreprise. III.-Le bénéfice de l'exonération mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, ni avec celui prévu au 37° de l'article L. 311-3, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime. IV.-Une personne ne peut bénéficier de l'exonération mentionnée au I pendant une période de trois ans à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité antérieure.	relevant du titre V du livre VI ayant opté pour le calcul de leurs cotisations selon les modalités prévues au 3° de l'article L. 662-1, peuvent bénéficier de cette exonération. Dans ce cas, l'assiette prise en compte pour déterminer le montant de l'exonération accordée correspond à la fraction de l'assiette, prévue à l'article L. 131-6, du chef d'entreprise attribuée au conjoint collaborateur. Cette fraction est alors déduite de l'assiette permettant de déterminer le montant d'exonération applicable aux cotisations du chef d'entreprise. III.-Le bénéfice de l'exonération mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, ni avec celui prévu au 37° de l'article L. 311-3, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime. IV.-Une personne ne peut bénéficier de l'exonération mentionnée au I pendant une période de trois ans à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité antérieure.
Article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale après modification
I.-En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés, dans les conditions définies au présent article, du paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. II.-L'exonération s'applique : 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ; 2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ; 3° Aux employeurs de transport aérien assurant : a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion ; b) La liaison entre ces départements ou collectivités ou celle de ces départements ou collectivités avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ainsi qu'entre La Réunion et Mayotte ;	I.-En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, ~~et~~ à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés, dans les conditions définies au présent article, du paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. II.-L'exonération s'applique : 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ; 2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ; 3° Aux employeurs de transport aérien assurant : a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique ~~et~~ La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin ;

c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique ou de La Réunion.

Seuls sont pris en compte les personnels des employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements ou collectivités ;

4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte ;

5° En Guyane, aux employeurs ayant une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques.

III.-A.-Pour les employeurs mentionnés aux 1°, 3° et 4° du II ainsi que ceux mentionnés au 2° du même II à l'exception de ceux mentionnés aux B et C du présent III, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du présent code est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 . A partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 120 %.

B.-Le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent B pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros qui :

1° Soit relèvent des secteurs mentionnés au 2° du II à l'exception des secteurs du bâtiment et des travaux publics ;

2° Soit relèvent du 5° du même II ;

3° Soit bénéficient du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 précité.

Pour ces employeurs, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 100 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. A partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 170 %.

C.-Pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros, au titre de la rémunération des salariés concourant essentiellement à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication,

b) La liaison entre ces départements ou collectivités ~~ou celle de ces départements ou collectivités avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy~~, ainsi qu'entre La Réunion et Mayotte ;

c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique ou de La Réunion.

Seuls sont pris en compte les personnels des employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements ou collectivités ;

4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, **de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin**, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ~~ou avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy~~, ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte ;

5° En Guyane, aux employeurs ayant une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques.

III.-A.-Pour les employeurs mentionnés aux 1°, 3° et 4° du II ainsi que ceux mentionnés au 2° du même II à l'exception de ceux mentionnés aux B et C du présent III, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du présent code est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de **20 %** ~~30 %~~, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 . A partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de **60 %** ~~120 %~~.

B.-Le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent B pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros qui :

1° Soit relèvent des secteurs mentionnés au 2° du II à l'exception des secteurs du bâtiment et des travaux publics ;

2° Soit relèvent du 5° du même II ;

3° Soit bénéficient du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 précité.

Pour ces employeurs, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de ~~100 %~~ **50 %**, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. A partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de ~~170 %~~ **90 %**,-

~~C.-Pour les employeurs occupant moins de deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel~~

lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. Lorsque ce revenu est égal ou supérieur à ce seuil et inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la rémunération est exonérée de ces cotisations et contributions, dans la limite de la part correspondant à un revenu d'activité de l'année égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 250 %. Un décret précise les modalités de l'éligibilité au dispositif défini au présent C.

IV.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1.

Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés.

Lorsque les exonérations mentionnées au III du présent article sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.

V.-Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par le présent code.

Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.

VI.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

VII.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef

~~inférieur à 50 millions d'euros, au titre de la rémunération des salariés concourant essentiellement à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. Lorsque ce revenu est égal ou supérieur à ce seuil et inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la rémunération est exonérée de ces cotisations et contributions, dans la limite de la part correspondant à un revenu d'activité de l'année égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %. Au delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 250 %. Un décret précise les modalités de l'éligibilité au dispositif défini au présent C.~~

IV.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1.

Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés.

Lorsque les exonérations mentionnées au III du présent article sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.

V.-Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par le présent code.

Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.

VI.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail. Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.	VII.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail. Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.
Article L. 752-3-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 752-3-3 du code de la sécurité sociale après modification
I.-A Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article. II.-L'exonération s'applique : 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ; 2° Aux employeurs, quel que soit leur effectif, des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ; 3° Aux employeurs de transport aérien assurant : a) La liaison entre la métropole et Saint-Barthélemy ou Saint-Martin ; b) La liaison entre ces collectivités ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique. Seuls sont pris en compte les personnels de ces employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ; 4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre ces collectivités, ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique. III.-Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de ses revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des	~~I.-A Saint-Barthélemy et Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.~~ ~~II.-L'exonération s'applique :~~ ~~1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;~~ ~~2° Aux employeurs, quel que soit leur effectif, des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;~~ ~~3° Aux employeurs de transport aérien assurant :~~ ~~a) La liaison entre la métropole et Saint-Barthélemy ou Saint-Martin ;~~ ~~b) La liaison entre ces collectivités ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique.~~ ~~Seuls sont pris en compte les personnels de ces employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;~~ ~~4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre ces collectivités, ou celle avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique.~~ ~~III.-Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de ses revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de~~

cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. Pour les employeurs occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. IV.-Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les employeurs situés à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes : 1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ; 2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des employeurs établis à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ; 3° Etre soumis de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ; 4° Soit exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ; soit avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ; La condition prévue au 3° du présent IV n'est pas applicable à Saint-Barthélemy. Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice. Pour les employeurs mentionnés au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire	~~l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.~~ ~~Pour les employeurs occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.~~ ~~IV.-Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les employeurs situés à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes :~~ ~~1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;~~ ~~2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des employeurs établis à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;~~ ~~3° Etre soumis de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;~~ ~~4° Soit exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ; soit avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;~~ ~~La condition prévue au 3° du présent IV n'est pas applicable à Saint-Barthélemy.~~ ~~Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.~~ ~~Pour les employeurs mentionnés au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. A partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît~~

minimum de croissance majoré de 70 %. A partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %. V.-Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'employeur compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par le présent code. Lorsque chez un même employeur ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés. VI.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur, d'une part, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité. Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18. VII.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'employeur ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail. Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées au premier alinéa du présent VII, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire. VIII.-Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.	~~et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %.~~ ~~V.-Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'employeur compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par le présent code.~~ ~~Lorsque chez un même employeur ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.~~ ~~VI.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur, d'une part, a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.~~ ~~Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.~~ ~~VII.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'employeur ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.~~ ~~Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées au premier alinéa du présent VII, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.~~ ~~VIII.-Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.~~
Article L. 6243-2 du code du travail avant modification	Article L. 6243-2 du code du travail après modification
L'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret. Ce plafond ne peut excéder 50 % du salaire minimum de croissance.	~~L'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret. Ce plafond ne peut excéder 50 % du salaire minimum de croissance~~
Article 44 sexies-0 A du code général des impôts avant modification	Article 44 sexies-0 A du code général des impôts après modification

Une entreprise est qualifiée de jeune entreprise innovante réalisant des projets de recherche et de développement lorsque, à la clôture de l'exercice, elle remplit simultanément les conditions suivantes : 1° elle est une petite ou moyenne entreprise, c'est-à-dire employant moins de 250 personnes, et qui a soit réalisé un chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros au cours de l'exercice, ramené ou porté le cas échéant à douze mois, soit un total du bilan inférieur à 43 millions d'euros. L'effectif de l'entreprise est apprécié par référence au nombre moyen de salariés employés au cours de cet exercice ; 2° elle est créée depuis moins de huit ans ; 3° a. elle a réalisé des dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B et au 1 du A du II de l'article 244 quater B bis, représentant au moins 20 % des charges, à l'exception des pertes de change et des charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement, fiscalement déductibles au titre de cet exercice. Pour le calcul de ce ratio, il n'est pas tenu compte des charges engagées auprès d'autres jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement ; b. Ou elle est dirigée ou détenue directement à hauteur de 10 % au moins, seuls ou conjointement, par des étudiants, des personnes titulaires depuis moins de cinq ans d'un diplôme conférant le grade de master ou d'un doctorat, ou des personnes affectées à des activités d'enseignement ou de recherche, et elle a pour activité principale la valorisation de travaux de recherche auxquels ces dirigeants ou ces associés ont participé, au cours de leur scolarité ou dans l'exercice de leurs fonctions, au sein d'un établissement d'enseignement supérieur habilité à délivrer un diplôme conférant au moins le grade de master. Les conditions dans lesquelles est organisée cette valorisation sont fixées dans une convention conclue entre l'entreprise et l'établissement d'enseignement supérieur, dont le contenu et les modalités sont précisés par décret en Conseil d'Etat. Ce décret définit notamment la nature des travaux de recherche qui font l'objet de la convention, les prestations dont peut bénéficier l'entreprise et les modalités de la rémunération de l'établissement d'enseignement supérieur ; c. Ou elle a réalisé des dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B et au 1 du A du II de l'article 244 quater B bis, représentant entre 5 et 20 % des charges, à l'exception des pertes de change et des charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement, fiscalement déductibles au titre de cet exercice et elle satisfait à des indicateurs de performance économique définis selon des modalités précisées par décret. Pour le calcul du ratio de dépenses de recherche, il n'est pas tenu compte des charges engagées auprès d'autres jeunes entreprises de croissance ou jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement ; [...]	Une entreprise est qualifiée de jeune entreprise innovante réalisant des projets de recherche et de développement lorsque, à la clôture de l'exercice, elle remplit simultanément les conditions suivantes : 1° elle est une petite ou moyenne entreprise, c'est-à-dire employant moins de 250 personnes, et qui a soit réalisé un chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros au cours de l'exercice, ramené ou porté le cas échéant à douze mois, soit un total du bilan inférieur à 43 millions d'euros. L'effectif de l'entreprise est apprécié par référence au nombre moyen de salariés employés au cours de cet exercice ; 2° elle est créée depuis moins de huit ans ; 3° a. elle a réalisé des dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B et au 1 du A du II de l'article 244 quater B bis, représentant au moins ~~20 %~~ 25% des charges, à l'exception des pertes de change et des charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement, fiscalement déductibles au titre de cet exercice. Pour le calcul de ce ratio, il n'est pas tenu compte des charges engagées auprès d'autres jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement ; b. Ou elle est dirigée ou détenue directement à hauteur de 10 % au moins, seuls ou conjointement, par des étudiants, des personnes titulaires depuis moins de cinq ans d'un diplôme conférant le grade de master ou d'un doctorat, ou des personnes affectées à des activités d'enseignement ou de recherche, et elle a pour activité principale la valorisation de travaux de recherche auxquels ces dirigeants ou ces associés ont participé, au cours de leur scolarité ou dans l'exercice de leurs fonctions, au sein d'un établissement d'enseignement supérieur habilité à délivrer un diplôme conférant au moins le grade de master. Les conditions dans lesquelles est organisée cette valorisation sont fixées dans une convention conclue entre l'entreprise et l'établissement d'enseignement supérieur, dont le contenu et les modalités sont précisés par décret en Conseil d'Etat. Ce décret définit notamment la nature des travaux de recherche qui font l'objet de la convention, les prestations dont peut bénéficier l'entreprise et les modalités de la rémunération de l'établissement d'enseignement supérieur ; c. Ou elle a réalisé des dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B et au 1 du A du II de l'article 244 quater B bis, représentant entre 5 et ~~20 %~~ 25% des charges, à l'exception des pertes de change et des charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement, fiscalement déductibles au titre de cet exercice et elle satisfait à des indicateurs de performance économique définis selon des modalités précisées par décret. Pour le calcul du ratio de dépenses de recherche, il n'est pas tenu compte des charges engagées auprès d'autres jeunes entreprises de croissance ou jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement ; [...]

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les dépenses des médicaments sont notamment régulées par une clause de sauvegarde. Chaque année, un montant « M » est fixé pour l'année suivante. Ce seuil correspond à un montant en chiffre d'affaires net (CA net) des entreprises pharmaceutiques sur le champ des médicaments remboursables. Lorsque le CA net dépasse le montant M, une partie du dépassement est rappelée auprès de tous les laboratoires redevables.

La clause de sauvegarde était initialement conçue comme une corde de rappel permettant de maîtriser la dépense de médicaments. Or depuis 2021 elle se déclenche dans des proportions sans précédent avec des rendements de 0,6Md€ en 2021, 1,2Md€ en 2022, et 1,6Md€ en 2023. Cela s'explique par un dynamisme très marqué des dépenses sur le champ des médicaments remboursés. En effet depuis 2021 on observe une forte croissance du chiffre d'affaires net des remises (+9,93% de 2020 à 2021, + 5,72% de 2021 à 2022, +4,65% de 2022 à 2023, proche de +6% de 2023 à 2024 hors covid). Par ailleurs, afin de prendre en compte les recommandations de la mission dite Borne sur la « Régulation des produits de santé » et de répondre aux demandes des laboratoires pharmaceutiques, le niveau M de la clause de sauvegarde a été fixé de façon à atteindre un rendement de 1,6Md€ à compter de 2023.

Au-delà du caractère collectif de la clause de sauvegarde qui est une source de complexité dès lors que ce dispositif est mobilisé à des fins de rendement pérenne, les modalités de répartition de la contribution entre laboratoires se sont progressivement complexifiées avec (i) l'introduction d'un abattement qui est fonction de la contribution aux baisses de prix en 2020, (ii) l'introduction d'une part dite « croissance » lors de la LFSS pour 2023, et (iii) d'un plafonnement pour les spécialités génériques en LFSS pour 2024 et pour 2025. Les modalités de calcul de la clause de sauvegarde ont été modifiées chaque année depuis 2014. Ces différentes évolutions du dispositif font que les montants individuels de contribution des laboratoires sont difficilement anticipables et peu lisibles pour les industriels. Ainsi, la mobilisation de la clause de sauvegarde comme outil de rendement génère une grande imprévisibilité au niveau individuel tout en dévoyant son rôle initial de corde de rappel.

En plus de la clause de sauvegarde, il existe une autre contribution due au titre du L.245-6 du code de la sécurité sociale (CSS) qui est appelée selon un processus déclaratif et s'appuie sur une section dite « de base », au taux de 0,20%, due par les exploitants de spécialités pharmaceutiques et reposant sur une assiette formée par l'ensemble de leurs médicaments bénéficiant d'un enregistrement ou d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Sont exclus de l'assiette de la section dite « de base », sous certaines conditions, les médicaments génériques ou orphelins. Cette contribution pharmaceutique s'appuie aussi sur une section additionnelle, au taux de 1,6%, s'appliquant aux médicaments remboursables inclus dans l'assiette de la section dite « de base ».

Cette contribution dans sa section de base comporte des spécialités telles que l'homéopathie, les produits de phytothérapie, les produits ayant une AMM et n'étant pas remboursés et les produits inscrits sur la liste des collectivités. Elle n'inclut pas l'ensemble des spécialités remboursés notamment les accès compassionnels ou encore les achats stocks Etat. Ainsi, les assiettes de médicaments sur lesquelles reposent la contribution due au titre de la clause de sauvegarde d'une part et celle due au titre du L. 245-6 ne sont donc pas totalement superposables.

Par ailleurs, la contribution due au titre du L. 246-6 est assise sur un taux unique et un taux additionnel fixés dans la loi. Le caractère fixe de ces taux ne permet pas de garantir l'engagement du Gouvernement sur le rendement de 1,6 Md€ relatif à la clause de sauvegarde.

Enfin, des laboratoires ont contesté les modalités de détermination de l'assiette servant au calcul de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde ou encore la contribution due au titre du L. 245-6, notamment concernant l'absence de déduction des remises commerciales accordées par les laboratoires aux pharmacies d'officine s'agissant de la clause de sauvegarde.

b) Mesure proposée

Il est proposé de conserver la clause de sauvegarde dans ses paramètres existants afin de lui redonner son rôle initial de « filet de sécurité » en transférant le rendement de la clause de sauvegarde au sein de la contribution due au titre de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Afin de ne pas modifier la nature et le rendement actuel de la contribution due au titre de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale et de permettre d'individualiser la contribution appelée au titre de la simplification de la clause de sauvegarde, il est proposé d'ajouter une nouvelle section aux sections dites « de base » et « additionnelle » de la contribution définie à l'article L. 245-6. Cette nouvelle section dite « supplémentaire » correspondra au transfert du rendement qui est attendu sur la clause de sauvegarde.

Le périmètre des spécialités relevant de cette nouvelle section est identique à celui de la clause de sauvegarde.

Dans une logique de simplification, de meilleure prévisibilité des contributions, et de sécurisation juridique, le calcul de la nouvelle section de la contribution sera donc individualisé par entreprise et déterminé via deux taux s'appuyant sur l'assiette

définie. Ainsi, il est proposé de ne pas transposer les modalités de calcul complexes de la clause de sauvegarde que sont le caractère collectif du calcul, la dépendance de la contribution à la croissance du chiffre d'affaires des laboratoires et le dispositif d'abattement de la contribution en fonction de la signature ou non d'une convention et de baisses conventionnelles de prix avec le CEPS. Par ailleurs, les remises produits, les remises fixées par le CEPS, les remises relevant des accès dérogatoires (accès compassionnel, précoce, direct), et les remises en lien avec des prescription hors AMM (AMM miroir, CPC, etc.) ne seront pas déduites contrairement à ce qui est prévu pour la clause de sauvegarde. Cette assiette permettrait tout d'abord une plus grande transparence sur les montants appelés puisque les volumes de remboursement, permettant d'approcher les volumes de ventes déclarés, ainsi que les prix (PFHT notamment), tarifs et indemnités sont des données publiques ne portant pas atteinte au secret des affaires, et également de soutenir les spécialités dites matures, les génériques, les biosimilaires et les hybrides substituables pour lesquels il n'y a pas de remise. La définition de l'assiette sur le chiffre d'affaires brut des entreprises assujetties correspondant aux ventes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités concernées permettra ainsi de redonner des marges aux acteurs exploitant principalement ces spécialités dont certaines font l'objet de tension.

Le taux appliqué à cette assiette pourra être revu annuellement et sera minoré pour les spécialités génériques afin de limiter l'ampleur de la contribution due au titre de ces spécialités se caractérisant par des prix et des marges moins importants que les médicaments sous brevet. En effet, et du fait de la suppression du caractère collectif de cette contribution, le dispositif de plafonnement de la contribution attribuable aux spécialités génériques doit dans tous les cas être revu au profit de la création de deux tranches selon les typologies de spécialités.

Pour assurer la soutenabilité de cette contribution pour les entreprises, il est proposé de transposer le mécanisme de plafonnement prévu dans la clause de sauvegarde, fixé à 10% de leur chiffre d'affaires minoré des remises fixées par le CEPS, des remises relevant des accès dérogatoires (accès compassionnel, précoce, direct), et des remises en lien avec des prescription hors AMM (AMM miroir, CPC, etc.), mais pas des remises commerciales.

Par ailleurs, un principe de taxation d'office pouvant être couplé à une majoration forfaitaire permettra à l'administration d'estimer l'assiette imputable en cas d'absence de déclaration dans les délais prévus ou bien en cas de déclaration manifestement erronée.

La contribution supplémentaire définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale ainsi modifié fera l'objet d'avance de paiement à hauteur de 95% du montant redevable tel qu'estimé par chacun des laboratoires, permettant ainsi à l'ACOSS une meilleure gestion de trésorerie, comme cela est déjà le cas pour les contributions dites « de base » et « additionnelles ». La régularisation, initialement prévue au 1^{er} mars de l'année suivante, est décalée au 1^{er} octobre afin de permettre la prise en compte du plafonnement à 10% de leur chiffre d'affaires, diminué des remises mentionnées précédemment.

Le taux proposé sera fixé pour que le produit de cette contribution corresponde à l'engagement du Gouvernement pris lors des précédents PLFSS d'un rendement de la clause de sauvegarde à 1,6Md€. Ainsi, les modifications envisagées de la régulation du secteur du médicament ne conduisent pas à une augmentation de la taxation des industries du secteur.

Il est proposé une entrée en vigueur de cette nouvelle section dite supplémentaire dès l'exercice 2025, afin de redonner très rapidement son rôle originel de corde de rappel à la clause de sauvegarde.

Cette mesure fixe également les montants M et Z pour 2026 et rectifie le montant M 2025 pour tenir compte du transfert de rendement de M vers la contribution due au titre de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, cette mesure précise, à travers des dispositions interprétatives et de validation, les modalités de calcul de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde ainsi que de la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, qui ont été contestées devant les tribunaux administratifs et qui pourraient l'être devant les tribunaux judiciaires par les laboratoires. Concernant la clause de sauvegarde, il est proposé (i) de préciser la non-déduction des remises commerciales de l'assiette dans la rédaction antérieure à la LFSS 2026 ainsi (ii) que les modalités de prise en compte des situations donnant lieu à des assiettes individuelles négatives. S'agissant de la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, les dispositions proposées viennent clarifier et valider la non-déduction dans l'assiette des remises produits, des remises fixées par le CEPS, des remises relevant des accès dérogatoires (accès compassionnel, précoce, direct), et les remises en lien avec des prescription hors AMM (AMM miroir, CPC, etc.) pour les contributions « de base » et « additionnelle ».

c) Autres options possibles

- *Assiette s'appuyant sur des données de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire :*

L'assiette de la nouvelle section de la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale aurait pu s'appuyer sur des données de remboursement (comme ce qui a été proposé pour la clause de sauvegarde dans la LFSS pour 2024). Une telle approche aurait présenté plusieurs avantages et notamment une indépendance vis-à-vis d'un système déclaratif. Toutefois, pour garantir une mise en œuvre rapide, il est préférable de s'appuyer sur un circuit déclaratif déjà existant. En effet, basculer vers un dispositif reposant sur les données de remboursement impliquerait des travaux complémentaires des administrations qui pourront être conduits plus tard. Par ailleurs, les sections existantes s'appuyant sur un processus déclaratif, une telle réforme nécessiterait par cohérence de revoir également les sections dites « de base » et « additionnelle » de la contribution due au titre de l'article L. 245-6, ce qui n'a pas été prévu à ce stade.

- *Assiette s'appuyant sur le chiffre d'affaires net :*

Une telle proposition aurait pour avantage de s'approcher d'une partie des modalités de calcul de la clause de sauvegarde telles qu'elles existent actuellement, mais ne permet pas d'assurer une transparence du dispositif et des montants appelés.

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

Cette mesure ayant des effets sur « la trésorerie et à la comptabilité des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement », sa place en LFSS est justifiée sur le fondement du 3° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifie les articles L.245-6, L.138-10 et L.138-11 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la mesure propose une loi interprétative venant clarifier l'assiette prise en compte pour le calcul des contributions concernées par cette étude d'impact.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable

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

Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure se fait à rendement macro-économique inchangé de la clause de sauvegarde et de la contribution définie à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, mais permettra de fiabiliser les rendements actuels en diminuant le risque de contestation.

Cependant, compte tenu du transfert du rendement actuel de la clause de sauvegarde vers la contribution sur le chiffre d'affaires au profit de la CNAM qui intègre une avance de paiement à hauteur de 95%, la gestion de trésorerie de l'ACOSS sera améliorée.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS (régime général)			+21	+21	+21

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

a) Impacts économiques

Cette mesure n'a pas vocation à avoir un impact économique sur le rendement global au titre de la taxe sur le chiffre d'affaires et au titre de la clause de sauvegarde pour le secteur du médicament, par rapport à la situation actuelle. Elle n'aura donc pas d'impact sur les entreprises pharmaceutiques dans leur ensemble.

En revanche, elle pourrait avoir un impact sur les entreprises exploitant les médicaments s'agissant de la répartition de la contribution globale entre eux.

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 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 redevables en vue du remboursement.

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

L'impact sur l'ACOSS est faible puisqu'il est proposé de revoir une contribution déjà existante. Il y aura néanmoins un impact sur l'adaptation du système d'information de l'ACOSS.

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

Un budget doit être prévu pour l'adaptation du système d'information de l'ACOSS.

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

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

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.

Il est prévu que cette mesure entre en vigueur pour l'année 2025.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le pilotage et le suivi seront assurés par la Direction de la Sécurité Sociale en lien avec l'ACOSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ces entreprises sont assujetties à une contribution. II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont : 1° Ceux inscrits sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ; 2° Ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ; 3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ; 3° bis Ceux bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ; 4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ; 5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; 6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.	I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ces entreprises sont assujetties à une contribution. II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont : 1° Ceux inscrits sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ; 2° Ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ; 3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ; 3° bis Ceux bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ; 4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ; 5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; 6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.
Article L. 138-11 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 138-11 du code de la sécurité sociale après modification
L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article pour les entreprises redevables.	L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9. Si la différence entre le chiffre d'affaires d'une entreprise et le montant de ces remises est négative, elle n'est pas déduite de l'assiette de la contribution.

	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.
Article L. 245-6 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 245-6 du code de la sécurité sociale après modification
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. 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 : 1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ; 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 ; 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 ; III.-Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article : 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 ; 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 chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. 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. V.-Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,20 %. 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	~~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.~~ ~~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 :~~ ~~1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;~~ ~~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 ;~~ ~~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 ;~~ ~~III.- Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :~~ ~~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 ;~~ ~~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 chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.~~ ~~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.~~ ~~V.- Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,20 %.~~ ~~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~~

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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. 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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée. VIII.-Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %. 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. 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 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.	~~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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.~~ ~~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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée.~~ ~~VIII.-Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %.~~ ~~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.~~ ~~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 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.~~ I. - A. - Il est institué une contribution, qui prend le nom de « contribution de base », 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. B. – Cette contribution de base 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 : 1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ; 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 ; 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 ; C.-Sont exclus de l'assiette définie au B : 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 ; 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 chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros. D.- Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution de base s'entend déduction faite des remises mentionnées à l'article L.138-9 accordées par les entreprises ainsi que des ventes ou reventes à destination de l'étranger, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. E.- Le taux de la contribution de base est fixé à 0,20 %. II.- A. - Une contribution additionnelle à la contribution de base, qui prend le nom de « contribution additionnelle », est instituée pour les entreprises définies au A du I lorsque l'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnent lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17, inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et celles inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement ou prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-1-2 ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. B.- Cette contribution additionnelle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux B, C et D du I et inscrites sur les listes mentionnées au A du présent II. C.-Le taux de la contribution additionnelle est de 1,6 %. III. - A - Une contribution supplémentaire à la contribution de base et à la contribution additionnelle, qui prend le nom de « contribution supplémentaire », est instituée pour les entreprises définies au A du I qui exploitent, assurent l'importation parallèle ou la distribution parallèle des spécialités suivantes : 1° Celles inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ; 2° Celles inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement ; 3° Celles bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ; 4° Celles bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ; 5° Celles bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et prises en charge par l'assurance maladie ;

	6° Celles bénéficiant du dispositif de prise en charge prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; 7° Celles acquises par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique. B.- Cette contribution supplémentaire est assise sur le chiffre d'affaires, correspondant aux ventes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées au A, sans déduction des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, et de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9. C.- Un taux de base s'applique à l'assiette définie au présent B de la contribution supplémentaire. Un taux différencié du taux de base assis sur la même assiette s'applique chaque année aux spécialités génériques définies au 5° de l'article L.5121-1 du code de la santé publique et aux spécialités de référence mentionnées au même article L. 5121-1 dont la base de remboursement des frais exposés par les assurés est limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité défini en application du II de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ou dont le prix fixé en application de l'article L. 162-16-4 du même code est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique créé au titre du b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. D.- Le montant de la contribution supplémentaire dû par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires, en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des spécialités mentionnées au A du III après déduction des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 . IV.- Les contributions de base et additionnelles sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés. V. A.- En cas de déclarations des contributions de base, additionnelles et supplémentaires manifestement erronées, l'organisme chargé du recouvrement des contributions peut fixer en vue d'une taxation d'office les chiffres d'affaires retenus pour le calcul de ces contributions par tous moyens, notamment en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs, ou des bases de données disponibles notamment les données de remboursement de l'assurance maladie ou toute autre base de données. B.- Lorsque les déclarations des contributions de base, additionnelles et supplémentaires n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou ont donné lieu à la taxation d'office dans le cas prévu au A l'organisme chargé du recouvrement des contributions met à sa charge une majoration forfaitaire. Pour chaque contribution due, la majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes retenu pour le calcul des contributions de base, additionnelles et supplémentaires, et dans le cas

	d'un retard de déclaration par période de quinze jours de retard. Les majorations forfaitaires peuvent être cumulatives sans pouvoir être inférieures à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros. VI.- Les contributions de base, additionnelles et supplémentaires sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er octobre de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.

Article 11 – Améliorer la gestion de trésorerie du régime général en instaurant un mécanisme d’acompte des remises relatives aux produits de santé

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La fixation du prix des médicaments et des tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel ainsi que des prestations prises en charge par l’Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est assurée par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Lors de ces négociations tarifaires, le comité peut octroyer, sous certaines conditions, un « prix facial », public, différent du prix réel, confidentiel et appelé « prix net ». Pour un produit de santé, cette décorrélation entre prix réel et prix facial a comme principal intérêt d’octroyer des conditions préférentielles de référencement tarifaire international. Les remises conventionnelles sont le reflet de cet avantage octroyé à certains produits de santé et correspondent à la différence entre prix facial et prix réel, dit prix net.

Le prix net repose sur des critères législatifs (articles L. 162-16-4 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale), avec comme critères principaux :

- l’Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) s’agissant du médicament et l’Amélioration du Service Attendu ou Rendu (ASA ou ASR) s’agissant des dispositifs médicaux ;
- le coût net du ou des comparateur(s) cliniquement pertinent(s).

Les mécanismes de remises qui relèvent du secret des affaires sont précisés dans les conventions signées entre l’industriel et le CEPS.

Ainsi, pour le secteur du médicament, les montants de remises conventionnelles appelés étaient de 460 M€ en 2012, 1,9 Md€ en 2018, 5,7 Md€ en 2022 et 7,1 Md€ en 2023. Pour 2024, il devrait approcher 8 Md€. Pour les dispositifs médicaux, l’année 2022 a été la troisième année consécutive de forte croissance du montant total des remises (+15 % en 2020, +38 % en 2021 et +45 % en 2022). L’année 2023 reste assez dynamique (+10%) avec un total de 193 M€ de remises appelées sur les dispositifs médicaux.

Actuellement, ces remises sont appelées à l’automne de l’année suivant l’année pour laquelle elles sont dues, à l’issue d’une phase d’échange entre le CEPS et chaque laboratoire pharmaceutique ou entreprise commercialisant un dispositif médical. Ces délais s’expliquent notamment par le fait que les données de vente de l’année au titre de laquelle les remises sont dues doivent être consolidées. Ce versement retardé a des conséquences sur les dépenses de l’Assurance Maladie Obligatoire puisqu’il majore le besoin de trésorerie de la CNAM sur l’année pour laquelle les remises sont dues et l’année suivante. Ce besoin de trésorerie est comblé par un recours à l’emprunt, mobilisé sur les marchés financiers par l’ACOSS pour le compte de la CNAM. En 2024, la charge d’emprunt imputée à la CNAM était de 320,7 M€, et la charge totale d’emprunt du régime général s’est élevée à 1,05Md€.

b) Mesure proposée

Cette mesure propose de mettre en œuvre un mécanisme d’acomptes des remises conventionnelles sur le secteur du médicament et du dispositif médical, dont s’acquittent les industriels.

Il est proposé que les entreprises redevables de remises conventionnelles effectuent des acomptes en s’appuyant sur le dernier appel de remises connu (année N-2 par rapport à l’année pour laquelle les remises sont dues). Ce mécanisme de paiements par acompte puis de régularisation existe déjà sur d’autres impositions, dans le cas par exemple de l’impôt sur le revenu. Le dispositif tel que proposé permettra de remplacer la procédure d’appel par une phase de régularisation des montants ayant fait l’objet d’acomptes avec le montant final de remise calculé par le CEPS après une phase d’échange avec les entreprises (la déduction des avoirs sur remises dont les avoirs CSIS se faisant à ce moment).

Cette mesure ne concerne que les remises conventionnelles qui représentent la majorité des remises et qui constituent des avantages conventionnels accordés aux industriels pendant la négociation tarifaire avec le CEPS. Les modalités d’appel (dates précises et modalité de paiement) seront déterminées par décret en Conseil d’Etat.

Par ailleurs, afin de prendre en compte les différentes situations auxquelles les industriels pourraient être confrontés, des exonérations seront prévues par décret en Conseil d’Etat, notamment :

- pour les nouveaux entrants : il est proposé une exonération de versement anticipé d’acomptes la première année en raison de l’absence de montants de remise connus et une modalité particulière pour le calcul du montant des versement provisionnels pour la deuxième année ;
- pour les industriels quittant le marché, en cours de fusion, de scission ou de transfert d’activité, il est proposé que l’ajustement des acomptes (voire la suppression) se fasse après déclaration de leur part au CEPS.

Afin de limiter des situations de reversement de trop perçu par l’ACOSS auprès des industriels redevables lors de la phase de régularisation, il est proposé que les redevables versent 95% des dernières remises connues (année n-2), avec des acomptes trimestriels.

Compte tenu de l’évolution nécessaire du système d’information de l’ACOSS, une année de transition est prévue en 2026 pour le secteur des médicaments. Il est ainsi prévu un premier versement d’acompte plus tardif pour 2026 et des acomptes au titre de l’année 2025. Ce dispositif permettra d’améliorer la gestion de la trésorerie de l’ACOSS et de diminuer la charge de la dette dès l’année 2026.

Tableau 1 : Calendrier proposé pour l’année de transition (uniquement pour le secteur du médicament)

	Remises dues au titre de l'année 2025	Remises dues au titre de l'année 2026
Assiette d'appel de remises	95% des remises dues au titre de l'année 2024	
Calendrier de l'année de transition		
1 ^{er} juin 2026	75 % de l'assiette	-
1 ^{er} septembre 2026	25 % de l'assiette	50 % de l'assiette
1 ^{er} décembre 2026	-	50 % de l'assiette
Régulation	Au plus tard le 31 décembre 2026	Au plus tard le 31 décembre 2027

A partir de 2027 les laboratoires ne s’acquitteraient que du montant des remises au titre de l’année en cours et selon les modalités pérennes du dispositif, à savoir des versements trimestriels.

Pour le secteur du dispositif médical, l’entrée en vigueur de la mesure est prévue en 2027 sans phase transitoire.

Tableau 2 : Calendrier proposé pour les versements anticipés à partir de 2027 (modalités pérennes pour le secteur du médicament et du dispositif médical)

Période N	Date exigibilité à fixer par décret	Assiette	Montant provisionnel N
1 ^{er} trimestre N	01/03/N	Remises appelées en année N-2	$\frac{1}{4} * 95\% * \text{Assiette}$
2 ^{ème} trimestre N	01/06/N	Remises appelées en année N-2	$\frac{1}{4} * 95\% * \text{Assiette}$
3 ^{ème} trimestre N	01/09/N	Remises appelées en année N-2	$\frac{1}{4} * 95\% * \text{Assiette}$
4 ^{ème} trimestre N	01/12/N	Remises appelées en année N-2	$\frac{1}{4} * 95\% * \text{Assiette}$

Cette mesure propose également de corriger une erreur de renvoi au sein du II de l’article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

c) Autres options possibles

S’agissant de l’assiette sur laquelle les acomptes seront estimés, deux autres scénarios ont été envisagés :

- Ajuster en cours d’année le montant des acomptes sur la base des remises de l’année précédente dès notification aux industriels par le SG CEPS des remises dues au titre de l’année précédente : cet ajustement permettrait de s’approcher au plus juste du montant total des remises dues. Cependant, le calendrier de notification des remises varie d’une année à l’autre et selon le secteur (dispositif médical ou médicament). Ainsi, par simplicité et prévisibilité pour les acteurs, cette option n’a pas été retenue ;
- Utiliser les prévisions de remises calculées et transmises par les industriels pour l’année N dès le premier trimestre de l’année N : cette option permettrait de se rapprocher au plus près des remises qui seront perçues pour l’année N sous réserve de la fiabilité des données transmises. Un mécanisme incitatif à une transmission de données fiable pourrait être mis en place. Cette proposition a été faite par la mission IGAS IGF sur les remises, cependant elle nécessiterait pour l’ACOSS des développements SI plus importants et une phase de transmission par les industriels des montants qu’ils verseraient à titre d’acompte.

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

Cette mesure ayant des effets sur « la trésorerie et à la comptabilité des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement », sa place en loi de financement de la sécurité sociale est justifiée sur le fondement du 3^o de l’article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...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

Concernant l'appel anticipé des remises pour le secteur du médicament, l'article L.162-18 du code de la sécurité sociale est modifié.

Concernant l'appel anticipé des remises pour le secteur du dispositif médical et prestations associées, l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

En s’appuyant sur les taux d’emprunt pour 2025, et en supposant dans un scénario conservateur que les remises conventionnelles atteindraient 9 Md€ (10% de croissance par rapport aux remises médicaments et dispositifs médicaux attendues pour 2024), et en considérant que les acomptes sont réalisés chaque trimestre, l’économie annuelle serait de l’ordre de 74,2 M€ pour des appels trimestriels. Cette économie sera pérenne à partir de 2027 et pour les années suivantes sauf évolution importante des niveaux de remises ou des taux d’emprunt. La croissance des remises produits observée ces dernières années étant supérieure à 10% et les taux d’emprunt ayant récemment baissé, cette hypothèse de rendement est donc conservatrice.

Compte tenu du développement des systèmes d’information à réaliser, un dispositif transitoire devra être envisagé pour l’année 2026. Le gain lié au double versement qui serait effectué par les laboratoires en 2026 repose sur une hypothèse de versement des remises de l’année 2025 (en juin et en septembre 2026) et de versement des remises de l’année 2026 (en septembre et en décembre 2026). Cet acompte au titre de deux années et de façon transitoire présenterait un impact budgétaire de 102,8 M€.

Le rendement pérenne (post année de transition) de la mesure en termes de charges d’intérêt ne pourra être constaté qu’à partir de 2027.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS (régime général)			+102,8	+74,2	+74,2

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 redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Impact sur les entreprises qui devront anticiper dans leur trésorerie plusieurs versements en cours d’année, mais dont les montants seront anticipables compte tenu du mécanisme retenu (appel sur la base des dernières remises versées).

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

L’impact sur le SG CEPS et l’ACOSS est faible puisqu’il est proposé que soient appelées des remises en fonction du dernier appel de remises connu. Ainsi aucun changement n’est à prévoir pour le CEPS, sauf une mise à jour des avenants conventionnels pour y inscrire le fait que les remises seront désormais *régularisées* l’année suivante (et non plus *appelées*).

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

Une adaptation du système d’information de l’Acosse est 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.

Un décret en Conseil d’Etat viendra préciser les modalités d’application du versement anticipé des remises notamment en termes de règles et délais de procédure et les cas d’exonération ou modalités particulières pour le calcul des versements provisionnels lorsqu’il n’est pas pertinent de se référer au montant de la remise de l’antépénultième année ou lorsqu’un changement de situation concernant l’entreprise ou le produit est susceptible d’entraîner une variation significative de la remise due.

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

Une mesure transitoire est prévue pour l’année 2026 afin de permettre la transition entre le système actuel des remises et le nouveau système.

En 2026 et uniquement sur le champ du médicament seraient versées à l’ACOSS les remises au titre des années 2025 et 2026 sur la base des dernières remises connues (à savoir les remises dues au titre de l’année 2024).

A partir de 2027 les laboratoires ne s’acquitteraient que du montant des remises au titre de l’année en cours et pour l’ensemble des produits de santé.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre sera assuré par la direction de la sécurité sociale en lien avec l’ACOSS et le CEPS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-18 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-18 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article. Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier. III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou ayant bénéficié de ces dispositifs puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux	I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets ~~au sens du dernier alinéa du I~~ au sens du troisième alinéa du III du présent article. Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier. ~~III.- Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.~~ III.- Les remises conventionnelles prévues aux I et II sont versées par les entreprises de manière provisionnelle, à parts égales, chaque trimestre de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant cumulé représentant 95 % du montant dû aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'antépénultième année civile. Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient pendant l'année civile suivant celle au titre de laquelle ces remises sont dues.

volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5 ou L. 162-16-6. Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant des articles L. 162-16-5-1-2 et L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au delà de ladite période. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.	Ces remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou ayant bénéficié de ces dispositifs puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5 ou L. 162-16-6. Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant des articles L. 162-16-5-1-2 et L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au-delà de ladite période. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.
Article L. 165-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 165-4 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les exploitants ou les distributeurs au détail, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits ou	I.-Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les exploitants ou les distributeurs au détail, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits ou

prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les exploitants ou distributeurs au détail. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les exploitants ou par les distributeurs au détail. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre l'exploitant ou le distributeur au détail et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs exploitants ou distributeurs au détail des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces exploitants ou distributeurs au détail dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité. III.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. IV.-Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 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 la prochaine année. 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 produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV. A défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. V.-Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. VI.-Le cadre des conventions mentionnées au présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1.	prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les exploitants ou distributeurs au détail. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les exploitants ou par les distributeurs au détail. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre l'exploitant ou le distributeur au détail et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité. S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs exploitants ou distributeurs au détail des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces exploitants ou distributeurs au détail dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité. Il bis – Les remises conventionnelles prévues aux I et II sont versées par les entreprises concernées de manière provisionnelle, à parts égales, chaque trimestre de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant cumulé correspondant à 95 % du montant dû aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'antépénultième année civile. Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient pendant l'année civile suivant celle au titre de laquelle ces remises sont dues. Ces 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. III.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. IV.-Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 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 la prochaine année. 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 produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV. A défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. V.-Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. VI.-Le cadre des conventions mentionnées au présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1.

Article 12 – Clarifier les transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Le système de sécurité sociale est construit sur un principe d'affectation des recettes, qu'il s'agisse des cotisations qui sont naturellement associées à la couverture de certains risques ou des différentes recettes fiscales. Ces affectations n'ont toutefois pas vocation à rester statiques chaque année, au risque de perdre en cohérence de l'affectation ou à affaiblir le financement des régimes ou branches qui en ont le plus besoin. C'est ce qui conduit la LFSS à ajuster chaque année ces dispositions.

b) Mesure proposée

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

Plusieurs transferts résultent des décisions en matière de relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

De la sécurité sociale vers l'État

- Le transfert de la sécurité sociale à l'Etat, via la branche maladie et l'ACOSS, des gains issus de la réforme des allègements généraux à compter de 2026

La réforme des allègements généraux prévue par la LFSS pour 2025 s'est traduite par un gain de 1,6 Md€, nets de l'effet-retour sur l'impôt sur les sociétés, qui a été conservé par les régimes de sécurité sociale. En effet, cette mesure de réduction des points de sortie des réductions proportionnelles¹ se substituait à celle prévue l'année précédente qui avait seulement figé le niveau maximal de salaire éligible à hauteur de celui prévu en 2024.

À compter de 2026, une réforme plus structurelle des allègements généraux fusionne les dispositifs préexistants. Elle implique deux évolutions importantes :

- Le changement de dimension de la réduction générale, qui se substitue aux deux réductions proportionnelles préexistantes, et conduit pour cette raison à des impacts spontanément importants pour tous les affectataires qui sont néanmoins neutralisés (cf. encadré ci-dessous) ;
- Une économie globale de 3,1 Md€ est attendue pour l'année 2026, nets de l'effet « retour » sur l'impôt sur les sociétés (soit un rendement accru de 1,5 Md€ par rapport à l'économie réalisée en 2025) en ajustant par voie réglementaire les paramètres de la réduction.

Du fait de cette refonte d'ensemble, le gain global sera transféré à l'Etat, qui finance le dispositif à travers notamment la fiscalité affectée à la sécurité sociale, en réduisant la TVA affectée à la branche maladie et à l'ACOSS en loi de finances. Cette diminution sera elle-même répartie entre les branches bénéficiant de l'effet de la mesure d'économie sur les allègements généraux afin d'assurer la neutralité de la mesure. L'État ayant déjà bénéficié de 400 M d'euros au titre de la mesure 2025 afin de prendre en compte la perte d'impôt sur les sociétés générée par la mesure, la réduction de TVA affectée ne représente que 3,5 Md d'euros sur les 3,9 Md d'euros de gains « bruts ».

Le tableau suivant retrace les effets des mesures de transfert des gains des allègements généraux au titre de la réforme de 2025 et des économies supplémentaires décidées pour 2026, et explicite leur neutralité financière pour les branches de la sécurité sociale, l'Unedic et l'Agirc-Arrco :

(en Md €)	Réforme 2025		Réforme 2026		Total
	Gains sécurité sociale en 2025	Affectation à l'Etat en 2026 ²	Gains pour la sécurité sociale en 2026	Affectation à l'Etat en 2026 ³	
CNAM	+ 0,8	- 0,8 (soit -1,6 de réaffectation de TVA à l'Etat+ 0,8 Md€ de TS	+ 0,6	- 0,6 (soit -1,4 Md€ de réaffectation de TVA à l'Etat + 0,75 Md€ de réaffectation de	0

¹ Après réaffectations, ce gain a été réparti de la manière suivante : + 0,8 Md€ à la branche maladie et +0,8 Md€ à la branche vieillesse.

² Le gain de 1,6 Md€ est net de l'effet-retour de l'impôt sur les sociétés (400 M€) qui bénéficie à l'Etat. En effet, c'est le gain net au titre de la réforme de 2025 qui a été affecté à la sécurité sociale pour l'année 2025 et réparti entre la CNAM et la CNAV, ce qui signifie que la rétrocession du gain pour l'année 2026 ne peut porter que sur ce périmètre.

³Idem.

		auparavant affectée à la CNAV)		taxes de la CNAF et la CNAV)	
CNAF			+ 0,25	- 0,25 (affectation à la CNAM du prélèvement sur les jeux et paris en ligne et fraction du prélèvement sur les stock-options)	0
CNAV	+ 0,8	- 0,8 (affectation de TS à la CNAM)	+ 0,5	- 0,5 (affectation de TS à la CNAM)	0
Unedic			+ 0,2	- 0,2 (minoration de la TVA affectée à l'ACOSS)	0
Agirc-Arrco			+ 0,3	- 0,3 (minoration de la TVA affectée à l'ACOSS)	0
TOTAL	1,6	-1,6	1,9	-1,9	3,5

Les effets sur la branche ATMP et la CNSA ne sont pas retracés ici car ils sont inférieurs à 15 M€.

La neutralisation des effets financiers spontanés de la réforme des allègements généraux entre régimes et branches

La réforme des allègements généraux prévue par la LFSS pour 2025, qui sera entièrement effective au 1^{er} janvier 2026, supprime les deux réductions proportionnelles des cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales (« bandeaux »), dont le coût s'imputait uniquement sur les recettes de ces deux branches, et accroît à due concurrence la valeur de la réduction générale dégressive qui s'appliquera désormais jusqu'à 3 SMIC au lieu de 1,6 SMIC aujourd'hui.

Les exonérations de cotisations sont imputées aux branches en fonction de la valeur des cotisations effectivement exonérées, par le biais d'une clé de répartition fixée par arrêté. Dès lors, en l'absence de toute autre mesure pour tenir compte de cette réforme, la suppression des réductions proportionnelles générerait des gains pour la CNAM et la CNAF et des pertes pour tous les autres affectataires des cotisations exonérées dans le cadre de la RGD (CNAV, ATMP, CNSA, Unedic, AGIRC-ARRCO...).

Ainsi, les règles de compensation applicables ne sont pas toutes les mêmes entre ces régimes. Les pertes de l'Unedic et de l'AGIRC-ARRCO (6,7 Md€) leur sont compensées par la sécurité sociale « à l'euro » comme le prévoit la loi : en effet, l'ACOSS reverse à l'UNEDIC la valeur des cotisations avant application de l'exonération, et rembourse à l'AGIRC-ARRCO l'écart entre les cotisations effectivement collectées par celle-ci et les cotisations dues avant application des allègements. Cette mission spécifique de l'ACOSS est financée par l'affectation d'une fraction de TVA spécifique en loi de finances. Dans la mesure où le coût de la neutralisation de l'effet des allègements généraux sur les cotisations dues à ces deux régimes va augmenter du fait de la création d'une réduction générale dégressive jusqu'à trois SMIC, la fraction de TVA affectée à l'ACOSS est augmentée tandis que celle affectée à la CNAM est réduite à due concurrence.

Ces effets sont retracés dans le tableau ci-après.

Conformément à l'engagement pris dans le cadre de la LFSS 2025, il convient logiquement de modifier l'affectation des recettes affectées en compensation des allègements afin de neutraliser cette conséquence de la réforme, sans lien avec la situation financière des régimes ou branches.

Les mécanismes de neutralisation des « gains » et « pertes » sont présentés ici de manière indépendante des autres transferts financiers entre branches relatifs à l'affectation des mesures nouvelles en recettes et en dépenses. Les variations des fractions de recettes affectées tiennent cependant compte de l'ensemble des effets, ce qui explique que les transferts de taxe sur les salaires effectivement réalisés soient différents des transferts présentés ci-après.

	Gain (+) ou perte (-) en Md€	Correction de l'effet brut avant prise en compte des transferts financiers relatifs aux mesures nouvelles
CNAM	+ 9,4	Minoration de la fraction de TVA affectée à la CNAM à hauteur du montant de l'imputation sur les cotisations de l'AGIRC-ARRCO et l'Unedic (- 6,7 Md€) ; transfert de taxe sur les salaires à la CNAV (- 2,5 Md€) ; transfert de taxe sur les salaires à la CNSA (- 0,2 Md€). Au titre des mesures nouvelles, la CNAM se voit ensuite transférer 0,1 Md€ de contribution stock-options et actions gratuites par la CNAF.
CNAF	+ 3,9	Transfert aux autres branches de l'affectation de taxes et contributions (1 Md€ de taxe sur les véhicules de tourisme + pollution ; 1,5 Md€ de TSCA ; 1,6 Md€ de contribution stock-options et actions gratuites). L'écart de 0,2 Md€ résulte de la compensation supplémentaire des pertes des autres branches au titre des mesures nouvelles (+ 0,2 Md€ au titre de la contribution stock-options et actions gratuites).
CNAV	- 6,2	Transfert d'une fraction de taxe sur les salaires (+2,3 Md€) et de taxes et contributions (1 Md€ de taxe sur les véhicules de tourisme + pollution ; 1,5 Md€ de TSCA ; 1,5 Md€ de contribution stock-options et actions gratuites). L'écart de 0,1 Md€ est issu du

		transfert réalisé au titre des mesures nouvelles (+ 0,1 Md€ au titre de la contribution stock-options et actions gratuites).
CNSA	- 0,2	Transfert d'une fraction de taxe sur les salaires (+ 0,2 Md€)
Unedic	- 2,3	Majoration de la fraction de TVA affectée à l'ACOSS (+ 2,3 Md€) ; minoration de la fraction de TVA affectée à la CNAM (- 2,3 Md€)
Agirc-Arrco	- 4,4	Majoration de la fraction de TVA affectée à l'ACOSS (+ 4,4 Md€) ; minoration de la fraction de TVA affectée à la CNAM (- 4,4 Md€)

- La compensation à l'Etat de l'effet négatif de la réforme des compléments salariaux sur l'assiette d'impôts sur les sociétés (0,2 Md€)

Le PLFSS pour 2026 prévoit la rationalisation des niches sociales applicables aux compléments salariaux à hauteur de 1,2 Md€, ce qui engendre une perte de 0,2 Md€ d'impôt sur les sociétés pour l'Etat. La restitution par la sécurité sociale à l'Etat de cette perte d'impôt sur les sociétés est prévue par minoration de la fraction de TVA affectée à la CNAM. Cette rétrocession neutralise le transfert des effets spontanés de la réforme des exonérations ciblées, de même montant.

De l'État vers la sécurité sociale

- La compensation par l'Etat à la sécurité sociale du coût pour celle-ci des effets de la réforme des exonérations ciblées (0,21 Md€)

Le PLF et le PLFSS pour 2026 prévoient la rationalisation d'exonérations ciblées, ce qui engendre, toutes choses égales par ailleurs un coût supplémentaire des allègements généraux pour la sécurité sociale¹. Ainsi, la réforme de l'exonération ciblée « aide à domicile », qui prendrait la forme d'une disposition réglementaire, augmenterait le coût des allègements généraux de 0,2 Md€ et la réforme de l'exonération ciblée LODEOM augmente le coût des allègements généraux de 0,01 Md€. Ce coût total de 0,21 Md€ est compensé par l'Etat à la sécurité sociale par la majoration équivalente de la fraction de TVA affectée à la CNAM.

- Le transfert de l'Etat à la branche maladie des gains liés à la suppression des dépenses fiscales relatives aux indemnités journalières (0,74 Md€)

Le PLF pour 2026 prévoit la suppression de dépenses fiscales relatives aux indemnités journalières (IJ) versées aux personnes en situation d'affection longue durée (ALD), afin que ces indemnités soient soumises intégralement à l'impôt sur le revenu. Ces dépenses fiscales, dont le montant pour l'année 2026 s'élève à 0,74 Md€ en tenant compte de l'effet du prélèvement à la source (0,87 Md€ en 2027, 0,60 Md€ en 2028 et à terme), sont affectées à la branche maladie par la majoration de la fraction de TVA affectée à la CNAM, en cohérence avec la nature des prestations imposées.

- La prolongation du transfert de l'Etat à la branche vieillesse au titre du réinvestissement dans le système des retraites du rendement généré par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'Etat (70 M€)

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale de 2023 a prévu d'affecter au système des retraites l'ensemble des gains permis par la réforme afin de garantir le financement du système de retraites. Il convient donc d'organiser le transfert du rendement de la réforme pour le régime de la fonction publique de l'Etat vers le régime général². Le montant transféré à ce titre, qui s'établissait à 263M€ en 2025, sera porté, compte tenu de la montée en charge de la réforme, à 333 M€ en 2026. La fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, déterminée dans le projet de loi de finances, sera donc majorée de 70 M€ à ce titre. La TVA transférée aux régimes obligatoires de base en loi de finances étant intégralement affectée à la branche maladie, il est nécessaire d'en prévoir en loi de financement la réaffectation du produit qui en découle vers la branche vieillesse à travers un changement de la clé d'affectation de la taxe sur les salaires. Ce transfert est pris en compte dans la trajectoire financière de la sécurité sociale depuis la LFRSS pour 2023.

Décomposition des mesures prises en compte dans la variation de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale

Au total, la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale est réduite de 3,44 Md€ par rapport à l'année 2025.

- **Le montant de la fraction de TVA affectée à l'ACOSS est majoré de 5,44 Md€ à la suite des mesures suivantes :**
 - Une majoration au titre de la compensation du coût de l'imputation des allègements généraux pour l'Unedic et l'Agirc-Arrco (+ 6,68 Md€) ;
 - Une minoration au titre du gain issu des économies supplémentaires réalisées au titre des allègements généraux sur ces régimes compensés par l'ACOSS pour 2026 (- 0,49 Md€).
 - Une minoration au titre de la hausse du plafonnement de la compensation de l'Unedic par l'Etat, définie par arrêté. La minoration de la compensation augmente de 0,75 Md€ par rapport à 2025, pour atteindre un montant total de 4,1 Md€ pour l'année 2026.
- **Le montant de la fraction de TVA affectée à la CNAM est minoré de 8,88 Md€, du fait de la prise en compte des mesures suivantes :**

¹ Les bénéficiaires de ces dispositifs éligibles aux allègements généraux peuvent en effet en demander le bénéfice en lieu et place des exonérations spécifiques.

² Dans le cas contraire, la réforme aurait pour effet de baisser les cotisations employeur de l'Etat.

- Une minoration au titre de la compensation des gains nets de l'imputation des allègements généraux pour les branches en miroir des pertes Unedic et Agirc-Arrco (- 6,68 Md€)
- Une minoration au titre de la rétrocession du gain net des allègements généraux au titre de la réforme de 2025 (- 1,6 Md€) ;
- Une minoration au titre de la rétrocession du gain brut résultant des économies supplémentaires sur les allègements généraux pour 2026 (- 1,41 Md€), sans tenir compte de la rétrocession de l'Unedic et de l'Agirc-Arrco prise en compte dans la fraction de TVA Etat-ACOSS ;
- Une minoration de la fraction au titre de la rebudgétisation des moyens de fonctionnement de la DNS (- 0,009 Md€) ;
- Une majoration au titre de l'affectation du gain de la suppression des dépenses fiscales relatives aux indemnités journalières des personnes en affection longue durée (+ 0,74 Md€), de la prolongation de l'affectation des gains de la réforme des retraites sur le régime des fonctionnaires de l'Etat (+ 0,07 Md€).
- La majoration de la fraction au titre de deux transferts croisés (+ 0,01 Md€) :
 - o la compensation par l'Etat à la sécurité sociale du coût des effets de la réforme de certaines exonérations ciblées (+ 0,21 Md€) ;
 - o la compensation à l'Etat des effets négatifs de la réforme des compléments salariaux sur l'assiette de l'impôt sur les sociétés (- 0,20 Md€).

Par ailleurs, plusieurs mouvements sont internes aux branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et visent à décider l'affectation des mesures nouvelles aux différentes branches

- Le transfert de la branche vieillesse à la branche maladie du rendement de la rationalisation des compléments de salaire et indemnités de rupture (1,2 Md€)

Le PLFSS pour 2026 prévoit une mesure de rationalisation des compléments de salaire et indemnités de rupture dont le rendement total est de 1,2 Md€. Ce gain est entièrement affecté à la branche maladie par l'intermédiaire de la modification de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est affectée, pour les mêmes raisons.

- Le transfert de la branche famille à la branche maladie d'une partie du rendement de la CSG sur les revenus de remplacement (1,4 Md€)

La situation des branches après application des mesures proposées dans la LFSS demeure très contrastée avec notamment un déficit important de la branche maladie et un excédent important et croissant de la branche famille.

Pour corriger en partie cet effet et corriger les effets de structure liés au dynamisme des recettes sur lesquelles sont assises ces branches, cet article propose une mesure de transfert d'une fraction du rendement de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement qui bénéficie actuellement à la branche famille à hauteur de 1,4 Md d'euros. La branche famille restera excédentaire malgré ce transfert.

Les autres mesures de mise en cohérence et de mise à jour proposées

- La suppression de certaines dispositions relatives au Fonds de solidarité vieillesse, en conséquence de la LFSS pour 2025 qui supprime le fonds à compter de 2026.

L'article 24 de la LFSS pour 2025 prévoit la suppression du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au 1er janvier 2026 et le transfert de ses missions, ressources et charges à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Afin que le transfert de ces missions soit pleinement effectif, l'article procède à quelques mises en cohérence identifiées lors des travaux conduits depuis la précédente LFSS.

- La mise en cohérence des dispositions relatives à l'affectation de la CSG activité et remplacement à l'Unedic

Le présent article précise l'affectation d'une fraction de CSG activité-remplacement à l'Unedic. Celle-ci concerne également l'assiette prélevée sur les dispositifs de pré-retraite, assimilés au plan du prélèvement à des revenus d'activité (taux applicable à 9,2%).

- Report d'un an du mécanisme de reversement des sommes dues au profit des attributaires de la mutualité sociale agricole

L'article propose également une mesure de report de l'application du mécanisme de reversement des sommes dues (RSD) au profit des attributaires pour le compte desquels la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) assure le recouvrement des cotisations et contributions.

En 2019, la loi a simplifié les relations financières entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et les organismes attributaires des sommes qu'elles recouvrent en instaurant, à compter du 1er janvier 2022, le reversement des cotisations sur la base des sommes dues au lieu du reversement sur la base des encaissements, qui obligeait à la traçabilité et l'affectation de chaque somme encaissée. Celle-ci est désormais réalisée sur la base des sommes dues, affectées d'un coefficient pour risque de non-recouvrement, réévalué périodiquement ; cette simplification est neutre pour les affectataires et la sécurité sociale mais simplifie largement les relations financières et la gestion des risques et aléas entre eux. La CCMSA, quant à elle, reverse encore les seules sommes effectivement collectées à chacun de ses attributaires. La loi a prévu d'appliquer le reversement sur la base des sommes dues aux cotisations et contributions sociales collectées recouvrées par la CCMSA pour le compte de ses attributaires à compter du 1er janvier 2025, en application du B du VI de l'article 6 de la loi la LFSS pour 2023.

Dans un souci de sécurisation du dispositif qui implique d'importants travaux juridiques et opérationnels, le présent article propose de décaler le déploiement de ce dispositif au 1^{er} janvier 2027¹. Ce décalage de calendrier permettra ainsi à la CCMSA de s'inscrire dans le même calendrier de réévaluation et de renégociation des taux de frais de gestion applicables par l'ACOSS avec ses attributaires au terme des articles L. 225-1-1 et R. 255-1 du code de la sécurité sociale, et de réaliser les travaux au début de sa prochaine période conventionnelle puisque sa nouvelle COG entrera en vigueur en 2026.

Il apparaît par ailleurs nécessaire de préciser la liste des cotisations et des contributions entrant dans le périmètre du reversement sur sommes dues. La mesure prévoit enfin le renvoi à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer les frais de gestion applicables par la CCMSA à ses attributaires, à l'instar du mécanisme prévu pour l'ACOSS au régime général.

- L'affectation des excédents de la contribution tarifaire d'acheminement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse

La contribution tarifaire d'acheminement (CTA) est une taxe assise sur les tarifs d'utilisation des réseaux publics de transport d'électricité et de gaz, affectée à la Caisse nationale des énergies électriques et gazières (CNIEG) pour le financement des droits spécifiques passés régulés du régime de retraite. Les prévisions de recettes de CTA anticipent des recettes supérieures aux dépenses qu'elles financent. Cette dynamique constatée depuis 2019 pose la question de l'utilisation des excédents de CTA, qui en l'état actuel de son cadre juridique, ne peuvent être utilisés autrement que pour le financement des droits spécifiques passés régulés.

Le présent article propose de prévoir la possibilité d'affecter les excédents de la section comptable de la CTA au bilan de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), par conséquent sans impact sur le solde de l'année de la branche vieillesse du régime général mais ayant pour effet d'améliorer son report à nouveau ainsi que son besoin de trésorerie et par conséquent de diminuer son recours à l'emprunt.

c) Autres options possibles

La branche maladie étant seule destinataire de TVA, une absence de réaffectation des autres recettes fiscales conduirait à lui faire porter seule les effets favorables ou non des mesures nécessitant des transferts entre l'État et la sécurité sociale pour lesquelles la fraction de TVA est ajustée. Les transferts opérés présentent donc de ce point de vue un caractère indispensable puisque la modification de la TVA affectée vise précisément à les réaliser.

Concernant les transferts entre la branche famille et la branche vieillesse, il aurait pu être envisagé de mobiliser la taxe sur les salaires à la place de la réaffectation d'autres taxes et contributions. Toutefois, il est proposé de profiter de l'occasion de ces transferts pour réduire la diversité des taxes affectées à la branche famille et affecter l'essentiel de ces recettes à la branche maladie. Par ailleurs, la CSG et la taxe sur les salaires, de nature plus large, ont seule vocation à constituer des recettes partagées, par nature, entre les branches.

Concernant les effets d'imputation du coût des allègements généraux causés par la réforme prévue par la LFSS pour 2025, une absence de correction conduirait à des effets redistributifs spontanés de grande ampleur entre branches, qui ne correspondraient pas à la volonté du législateur. Une autre option aurait été de recourir à un transferts de cotisations maladie et vieillesse déplafonnée afin de neutraliser le gain de la branche maladie et la perte de la branche vieillesse, mais ces modifications des taux auraient nécessité des mesures complémentaires de correction pour assurer la neutralité de la mesure pour les autres assurés au régime général, notamment les indépendants et les artistes auteurs, et aurait donc été plus complexe à mettre en œuvre puisqu'elle aurait obligé les acteurs économiques à modifier leurs calculs, même si cela n'aurait pas eu d'impact financier².

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

Les mesures de transfert de taxe sur les salaires et d'autres taxes et contributions diverses modifient les volumes de recettes affectées aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour l'année 2026 et les années ultérieures. Elle trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du b du 1^o de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

Les mesures relatives au Fonds de solidarité vieillesse modifient l'affectation des recettes et le périmètre des dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour l'année 2026 et les années ultérieures. Elles trouvent ainsi leurs places en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du b) du 1^o des articles LO. 111-3-7 et LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

La mesure de report du dispositif de reversement des sommes dues trouve place en LFSS au regard de l'impact significatif sur les modalités de recouvrement des cotisations et contributions, au sens du 2^o de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale et du changement d'affectation dans les recettes que ces règles impliquent.

Enfin, la mesure d'affectation des excédents de CTA à la CNAV est une mesure relative à la trésorerie et à la comptabilité des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour l'année 2026 et les années ultérieures et trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du 3^o de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

¹ Codifiée à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime, cette disposition prévoyait déjà la possibilité de reporter l'entrée en vigueur du dispositif de RSD d'un an supplémentaire par décret. Le décret n°2024-1280 du 31 décembre 2024 est ainsi venu reporter une première fois au 1^{er} janvier 2026, l'entrée en vigueur de cette réforme.

² Certaines populations auraient en effet pu subir des hausses de taux vieillesse, sans bénéficier pour autant de baisses de taux maladie (travailleurs indépendants, artistes auteurs).

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et, de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Les mesures tenant à la réaffectation de la fiscalité sont intégrées dans les articles du code concernés, et notamment l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale qui fixe la quasi-totalité des clés d'affectation.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Des références au Fonds de solidarité vieillesse, qui disparaîtra au 1^{er} janvier, sont supprimées.

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

Aucune.

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025	2026	2027	2028	2029
ROBSS		0	0	0	0
- Maladie		+ 1567	+ 1531	+ 1512	+ 1524

- Famille		- 5 730	- 5 898	- 6062	- 6230
- Vieillesse		+ 3972	+ 4170	+ 4347	+ 4497
- Autonomie		+ 190	+ 196	+ 202	+ 209

L'impact financier présenté pour la **branche maladie** résulte du solde des mesures suivantes, qui viennent réduire son déficit :

- Une minoration de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est affectée (-96 M€ pour 2026) ;
- Le transfert de la fraction du prélèvement sur les jeux et paris en ligne actuellement affectée à la branche famille (152 M€ pour 2026) ;
- Le transfert d'une fraction des contributions patronales et salariales sur les options de souscription et d'achat d'actions, actuellement affectées à la branche famille (101 M€ pour 2026) ;
- Le transfert d'une part de la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement actuellement affectée à la branche famille (1411 M€ pour 2026) ;

L'impact financier présenté pour la **branche famille** résulte du solde des mesures suivantes, qui visent à compenser le surplus dont bénéficie de la branche famille au titre de l'imputation du coût des allègements généraux (3 900 M€) et à contribuer à la réduction des déficits des branches maladie et vieillesse :

- Le transfert à la branche maladie de la fraction du prélèvement sur les jeux et paris en ligne actuellement (-152 M€ pour 2026) ;
- Le transfert aux branches maladie et vieillesse des contributions patronales et salariales sur les options de souscription et d'achat d'actions (-1 669 M€ pour 2026) ;
- Le transfert à la branche maladie de la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement actuellement affectée à la branche famille (-1411 M€ pour 2026) ;
- Le transfert à la branche vieillesse du rendement total de la taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats d'assurance automobile et d'une fraction de la taxe sur les véhicules de tourisme affectés à des fins économiques (-1513 M€ pour 2026) ;
- Le transfert à la branche vieillesse du rendement total des taxes annuelles sur les émissions de dioxyde de carbone et sur les émissions de polluants atmosphériques (-984M€ pour 2026).

L'impact financier présenté pour la **branche vieillesse** résulte du solde des mesures suivantes :

- La minoration de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est affectée (- 94 M€ pour 2026)
- Le transfert d'une fraction des contributions patronales et salariales sur les options de souscription et d'achat d'actions (1569 M€ pour 2026)
- Le transfert du rendement total de la taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats d'assurance automobile et d'une fraction de la taxe sur les véhicules de tourisme affectés à des fins économiques actuellement affectée à la branche famille (1513 M€ pour 2026) ;
- Le transfert du rendement total des taxes annuelles sur les émissions de dioxyde de carbone et sur les émissions de polluants atmosphériques (984M€ pour 2026).

L'impact financier présenté pour la **branche autonomie** résulte de de la mesure suivante :

- La majoration de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est affectée (+190M€ pour 2026)

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

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.131-8 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable du 1 ^{er} janvier 2026 avant modification	Article L.131-8 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable du 1 ^{er} janvier 2026 après modification
Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1^o Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : -à la branche mentionnée au 3^o de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 63,25 % ; -à la branche mentionnée au 4^o du même article, pour une fraction correspondant à 10,74 % ; -à la branche mentionnée au 1^o du même article, pour une fraction correspondant à 20,93 % ; -à la branche mentionnée au 5^o du même article, pour une fraction correspondant à 5,08 % ; 2^o Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1^o de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté : a) A la branche mentionnée au 1^o de l'article L. 200-2 du présent code, pour 24,10 % ; b) A la branche mentionnée au 4^o du même article L. 200-2, pour 75,90 % ; 3^o Le produit des contributions mentionnées aux 1^o et 3^o du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé : a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de : -0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1^o du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ; -0,68 % pour la contribution mentionnée au 3^o du I dudit article L. 136-8 ; b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de : -4,25 % pour la contribution mentionnée au 1^o du I de l'article L. 136-8 ; -5,30 % pour la contribution mentionnée au 3^o du même I ; -2,72 % pour les revenus mentionnés au 1^o du II du même article L. 136-8 ; -1,88 % pour les revenus mentionnés au 2^o du même II ; -1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ; -0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;	Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1^o Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : -à la branche mentionnée au 3^o de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 62,73 63,25 % ; -à la branche mentionnée au 4^o du même article, pour une fraction correspondant à 10,74 % ; -à la branche mentionnée au 1^o du même article, pour une fraction correspondant à 20,39 20,93 % ; -à la branche mentionnée au 5^o du même article, pour une fraction correspondant à 6,14 5,08 % ; 2^o Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1^o de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté : a) A la branche mentionnée au 1^o de l'article L. 200-2 du présent code, pour 24,10 % ; b) A la branche mentionnée au 3^o 4^o du même article L. 200-2, pour 75,90 % ; 3^o Le produit des contributions mentionnées aux 1^o et 3^o du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé : a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de : -0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1^o du I, au 1^o du II et au III bis du même article L. 136-8 ; -0,68 % pour la contribution mentionnée au 3^o du I dudit article L. 136-8 ; -0,3 % pour les revenus mentionnés au 2^o du II du même article L. 136-8 ; b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de : -4,25 % pour la contribution mentionnée au 1^o du I de l'article L. 136-8 ; -5,30 % pour la contribution mentionnée au 3^o du même I ; -2,72 % pour les revenus mentionnés au 1^o du II du même article L. 136-8 ; -2,53 1,88 % pour les revenus mentionnés au 2^o du même II ;

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 0,45 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ; d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ; e) A la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94 % ; f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I, aux 1° et 2° du II, aux III et III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ; 3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé : a) A la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ; b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,45 % ; c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ; 3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ; b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ; 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; 4° bis Le prélèvement mentionné au b de l'article 1001 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du présent code ; 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ; 6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Une fraction de 99,50 % du produit de l'accise sur les tabacs mentionnée à l'article L. 314-1 du code des impositions sur les biens et services et perçue en métropole, diminuée du produit perçu en Corse, est versée à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code ; 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 à la Caisse nationale de l'assurance maladie, au titre :	-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ; -0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ; c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,45 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ; d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution ~~sur les revenus d'activité~~ mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ; e) A la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94 % ; f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I, aux 1° et 2° du II, aux III et III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ; 3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé : a) A la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ; b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,45 % ; c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ; 3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti : a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ; b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ; 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b du 6° de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 3° 4° de l'article L. 200-2 ; 4° bis Le prélèvement mentionné au b du 6° de l'article 1001 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du présent code ; ~~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 3 4° de l'article L. 200-2 ;~~ Le produit des contributions mentionnées aux articles L137-14 et L137-18 est versé : a) A la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 pour 93,98 % ; b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 6,02 %. 5° bis Le surplus du produit des prélèvements mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est versé : a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 66 % ; b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 34 %.

a) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ; b) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ; c) A hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux a et b du présent 8°, du financement des charges de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ; 9° Une fraction de 28,42 %, minorée d'un montant de 3,35 milliards d'euros en 2025, de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,24 points ; b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points, le montant correspondant étant minoré de 3,35 milliards d'euros en 2025. 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.	6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ; 7° Une fraction de 99,50 % du produit de l'accise sur les tabacs mentionnée à l'article L. 314-1 du code des impositions sur les biens et services et perçue en métropole, diminuée du produit perçu en Corse, est versée à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code ; 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 à la Caisse nationale de l'assurance maladie, au titre : a) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ; b) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ; c) A hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux a et b du présent 8°, du financement des charges de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ; 9° Une fraction de 28,42 %, minorée d'un montant de 3,35 milliards d'euros en 2025, de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée : a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,24 points ; b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points, le montant correspondant étant minoré de 3,35 milliards d'euros en 2025. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.
Article L137-14 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L137-14 du code de la sécurité sociale après modification
Il est institué, au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, une contribution salariale de 10 % assise sur le montant des avantages mentionnés au I de l'article 80 bis du code général des impôts et au I de l'article 80 quaterdecies du même code lorsque ces derniers sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.	Il est institué, au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ~~des allocations familiales~~, une contribution salariale de 10 % assise sur le montant des avantages mentionnés au I de l'article 80 bis du code général des impôts et au I de l'article 80 quaterdecies du même code lorsque ces derniers sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.
Article L137-18 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L137-18 du code de la sécurité sociale après modification

Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quindecies du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée à la Caisse nationale des allocations familiales. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues	Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quindecies du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse ~~des allocations familiales~~. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues
Article L137-24 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L137-24 du code de la sécurité sociale après modification
Le produit des prélèvements prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est affecté à concurrence de 5 % et dans la limite d'un plafond annuel à l'Agence nationale de santé publique. Le surplus du produit de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales.	Le produit des prélèvements prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est affecté à concurrence de 5 % et dans la limite d'un plafond annuel à l'Agence nationale de santé publique. Le surplus du produit de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale d'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 131-8. ~~des allocations familiales~~.
Article L.222-2-1 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable du 1 ^{er} janvier 2026 avant modification	Article L.222-2-1 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable du 1 ^{er} janvier 2026 après modification
La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 prend en charge : 1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1 et au chapitre V du titre Ier du livre VIII du présent code et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ; 2° Les sommes représentatives de la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime des non-salariés agricoles, le régime d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français, dans la durée d'assurance : a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 du présent code ; b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1 et L. 5424-25 du code du travail, de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 dudit code ; c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ; 3° Les sommes correspondant à la prise en compte par le régime général et le régime des salariés agricoles des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 du présent code ; 4° Les dépenses mentionnées au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ; 5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;	La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 prend en charge : 1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1 et au chapitre V du titre Ier du livre VIII du présent code et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ; 2° Les sommes représentatives de la prise en compte ~~par le régime général~~, le régime des salariés agricoles, le régime des non-salariés agricoles, le régime d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français, dans la durée d'assurance : a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 du présent code ; b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1 et L. 5424-25 du code du travail, de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 dudit code ; c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ; ~~3° Les sommes correspondant à la prise en compte par le régime général et le régime des salariés agricoles des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 du présent code ;~~ 4° Les dépenses mentionnées au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ; 5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de la même ordonnance, des périodes définies à l'article 8 de ladite ordonnance ; 7° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au second alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ; 8° Le remboursement à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5° et 7° du présent article. Les sommes mentionnées aux 2° et 5° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.	6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de la même ordonnance, des périodes définies à l'article 8 de ladite ordonnance ; 7° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au second alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ; 8° Le remboursement à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5° et 7° du présent article. Les sommes mentionnées aux 2° et 5° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L.38 du code des pensions civiles et militaires avant modification	Article L.38 du code des pensions civiles et militaires après modification
Les conjoints d'un fonctionnaire civil ont droit à une pension de réversion égale à 50 % de la pension obtenue par le fonctionnaire ou qu'il aurait pu obtenir au jour de son décès. Lorsque, à la suite de la reprise ou de la poursuite d'une activité dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré était titulaire de droits à une nouvelle pension de retraite, ceux-ci ouvrent droit à une pension de réversion dans les mêmes conditions. A la pension de réversion s'ajoutent, le cas échéant : 1° La moitié de la rente d'invalidité dont le fonctionnaire bénéficiait ou aurait pu bénéficier ; 2° La moitié de la majoration prévue à l'article L. 18, obtenue ou qu'aurait pu obtenir le fonctionnaire, si le bénéficiaire de la pension de réversion a élevé, dans les conditions prévues audit article L. 18, les enfants ouvrant droit à cette majoration. Le total de la pension de réversion, quelle que soit la date de sa mise en paiement, et des autres ressources de son bénéficiaire ne peut être inférieur à celui de l'allocation servie aux vieux travailleurs salariés augmentée de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse institué par les articles L. 811-1 et L. 815-2 du code de la sécurité sociale.	Les conjoints d'un fonctionnaire civil ont droit à une pension de réversion égale à 50 % de la pension obtenue par le fonctionnaire ou qu'il aurait pu obtenir au jour de son décès. Lorsque, à la suite de la reprise ou de la poursuite d'une activité dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré était titulaire de droits à une nouvelle pension de retraite, ceux-ci ouvrent droit à une pension de réversion dans les mêmes conditions. A la pension de réversion s'ajoutent, le cas échéant : 1° La moitié de la rente d'invalidité dont le fonctionnaire bénéficiait ou aurait pu bénéficier ; 2° La moitié de la majoration prévue à l'article L. 18, obtenue ou qu'aurait pu obtenir le fonctionnaire, si le bénéficiaire de la pension de réversion a élevé, dans les conditions prévues audit article L. 18, les enfants ouvrant droit à cette majoration. Le total de la pension de réversion, quelle que soit la date de sa mise en paiement, et des autres ressources de son bénéficiaire ne peut être inférieur à celui de l'allocation servie aux vieux travailleurs salariés augmentée de l'allocation de solidarité aux personnes âgées instituée par l'article L. 815-1 ~~supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse institué par les articles L. 811-1 et L. 815-2~~ du code de la sécurité sociale.
Article 49 de la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale avant modification	Article 49 de la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale après modification
I. - Le fonds visé à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale verse chaque année aux organismes visés à l'article L. 921-4 du même code les sommes dues en application d'une convention conclue entre l'Etat et ces organismes qui sont nécessaires à la couverture : a) Des cotisations dues à compter du 1er janvier 1999 au titre des périodes de perception des allocations spéciales	I. - ~~Le fonds visé à l'article L. 135-1~~ La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale verse chaque année aux organismes visés à l'article L. 921-4 du même code les sommes dues en application d'une convention conclue entre l'Etat et ces organismes qui sont nécessaires à la couverture :

du Fonds national pour l'emploi visées au 2° de l'article L. 322-4 du code du travail, des allocations de préretraite progressive visées au 3° du même article, des allocations de solidarité spécifique visées à l'article L. 351-10 du même code ; b) Du remboursement des sommes dues antérieurement au 1er janvier 1999 pour la validation des périodes de perception des allocations visées au a ; c) Des cotisations dues à compter du 8 avril 2002 au titre des périodes de perception de l'allocation équivalent retraite mentionnée à l'article L. 351-10-1 du code du travail. II. - Les montants dus annuellement en application de la convention mentionnée au I et les dates de versement sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat.	a) Des cotisations dues à compter du 1er janvier 1999 au titre des périodes de perception des allocations spéciales du Fonds national pour l'emploi visées au 2° de l'article L. 322-4 du code du travail, des allocations de préretraite progressive visées au 3° du même article, des allocations de solidarité spécifique visées à l'article L. 351-10 du même code ; b) Du remboursement des sommes dues antérieurement au 1er janvier 1999 pour la validation des périodes de perception des allocations visées au a ; c) Des cotisations dues à compter du 8 avril 2002 au titre des périodes de perception de l'allocation équivalent retraite mentionnée à l'article L. 351-10-1 du code du travail. II. - Les montants dus annuellement en application de la convention mentionnée au I et les dates de versement sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées, le cas échéant, par décret en Conseil d'Etat.
Article 6 de la loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 avant modification	Article 6 de la loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 après modification
I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : A.-L'article L. 133-4-5 est ainsi modifié : 1° Le premier alinéa est ainsi modifié : a) Au début, est ajoutée la mention : « I.- » ; b) A la première phrase, les mots : « n'a pas rempli » sont remplacés par le mot : « méconnaît » ; 2° Après la référence : « L. 133-4-2 », la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa est supprimée ; 3° Après le même deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé : « II.-L'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions est plafonnée à hauteur du montant total des sommes mentionnées aux articles L. 8222-2 et L. 8222-3 du code du travail dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime. « Lorsqu'il n'a été procédé à aucune annulation contre le donneur d'ordre dans les cinq ans qui précèdent le constat du manquement, le plafond mentionné au premier alinéa du présent II est réduit à 15 000 € pour une personne physique et à 75 000 € pour une personne morale, sauf si le plafond prévu au même premier alinéa est inférieur à ces montants. » ; 4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III.- » ; B.-L'article L. 133-5-3 est ainsi modifié : 1° A la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « à un organisme désigné par décret » sont remplacés par les mots : « à celui des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime dont il relève, » et les mots : « , ainsi que, le cas échéant, » sont remplacés par les mots : « . Les personnes soumises à l'obligation mentionnée au présent alinéa sont tenues, le cas échéant, de procéder à » ; 2° Le II bis est ainsi modifié : a) Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Il bis.-Tout organisme qui verse, à un titre autre qu'employeur, des sommes imposables ou soumises à	I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : A.-L'article L. 133-4-5 est ainsi modifié : 1° Le premier alinéa est ainsi modifié : a) Au début, est ajoutée la mention : « I.- » ; b) A la première phrase, les mots : « n'a pas rempli » sont remplacés par le mot : « méconnaît » ; 2° Après la référence : « L. 133-4-2 », la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa est supprimée ; 3° Après le même deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé : « II.-L'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions est plafonnée à hauteur du montant total des sommes mentionnées aux articles L. 8222-2 et L. 8222-3 du code du travail dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime. « Lorsqu'il n'a été procédé à aucune annulation contre le donneur d'ordre dans les cinq ans qui précèdent le constat du manquement, le plafond mentionné au premier alinéa du présent II est réduit à 15 000 € pour une personne physique et à 75 000 € pour une personne morale, sauf si le plafond prévu au même premier alinéa est inférieur à ces montants. » ; 4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III.- » ; B.-L'article L. 133-5-3 est ainsi modifié : 1° A la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « à un organisme désigné par décret » sont remplacés par les mots : « à celui des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime dont il relève, » et les mots : « , ainsi que, le cas échéant, » sont remplacés par les mots : « . Les personnes soumises à l'obligation mentionnée au présent alinéa sont tenues, le cas échéant, de procéder à » ; 2° Le II bis est ainsi modifié : a) Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Il bis.-Tout organisme qui verse, à un titre autre qu'employeur, des sommes imposables ou soumises à

cotisations ou contributions sociales ou qui verse des prestations sociales figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget adresse mensuellement aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou, s'il en relève, L. 752-1 du présent code ainsi qu'à l'administration fiscale une déclaration sociale nominative comportant, pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations et après information de ces personnes, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique, selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. » ; b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Les employeurs qui versent des sommes ou prestations mentionnées au premier alinéa du présent II bis uniquement à leurs salariés ou assimilés ou à leurs anciens salariés ou assimilés déclarent ces versements au moyen de la déclaration mentionnée au I. » ; 3° Au II ter, les mots : « les informations, déterminées par décret » sont remplacés par les mots : « en vue d'en faciliter les démarches, les informations dont les catégories sont définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget » ; 4° Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Ce décret détermine les modalités particulières selon lesquelles sont remplies les obligations prévues aux I et II bis au titre des rémunérations dues à l'occasion des périodes de congés des salariés relevant des caisses mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail. Il prévoit, le cas échéant, les modalités des échanges d'informations entre ces caisses et les employeurs de ces salariés permettant la transmission, par une déclaration unique, de l'ensemble des données dont la déclaration est obligatoire en application du présent article. » ; C.-L'article L. 133-5-3-1 est ainsi modifié : 1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié : a) A la seconde phrase, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « de sécurité sociale » ; b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Elle tient compte des demandes de correction signalées par les autres organismes ou administrations destinataires des données. » ; 2° Au dernier alinéa, après le mot : « organisation », sont insérés les mots : « permettant la prise en compte des demandes de correction de l'ensemble des organismes et administrations mentionnées au même deuxième alinéa et » ; D.-Au 3° de l'article L. 213-1-1, les mots : « d'assurance vieillesse dues au titre des » sont remplacés par les mots : « et contributions sociales dont le recouvrement n'était pas assuré au 1er janvier 2020 par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et qui sont dues au titre de l'emploi de salariés relevant de » et, après les mots : « de cotisations », sont insérés les mots : « d'assurance vieillesse » ; E.-L'article L. 243-7-4 est ainsi rétabli : « Art. L. 243-7-4.-Dans le cadre de leurs missions, les agents chargés du contrôle peuvent utiliser les documents et informations obtenus lors du contrôle de toute personne appartenant au même groupe que la personne qu'ils contrôlent. Pour l'application du présent article, un groupe est entendu comme l'ensemble des personnes entre	cotisations ou contributions sociales ou qui verse des prestations sociales figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget adresse mensuellement aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou, s'il en relève, L. 752-1 du présent code ainsi qu'à l'administration fiscale une déclaration sociale nominative comportant, pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations et après information de ces personnes, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique, selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. » ; b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Les employeurs qui versent des sommes ou prestations mentionnées au premier alinéa du présent II bis uniquement à leurs salariés ou assimilés ou à leurs anciens salariés ou assimilés déclarent ces versements au moyen de la déclaration mentionnée au I. » ; 3° Au II ter, les mots : « les informations, déterminées par décret » sont remplacés par les mots : « en vue d'en faciliter les démarches, les informations dont les catégories sont définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget » ; 4° Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Ce décret détermine les modalités particulières selon lesquelles sont remplies les obligations prévues aux I et II bis au titre des rémunérations dues à l'occasion des périodes de congés des salariés relevant des caisses mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail. Il prévoit, le cas échéant, les modalités des échanges d'informations entre ces caisses et les employeurs de ces salariés permettant la transmission, par une déclaration unique, de l'ensemble des données dont la déclaration est obligatoire en application du présent article. » ; C.-L'article L. 133-5-3-1 est ainsi modifié : 1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié : a) A la seconde phrase, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « de sécurité sociale » ; b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Elle tient compte des demandes de correction signalées par les autres organismes ou administrations destinataires des données. » ; 2° Au dernier alinéa, après le mot : « organisation », sont insérés les mots : « permettant la prise en compte des demandes de correction de l'ensemble des organismes et administrations mentionnées au même deuxième alinéa et » ; D.-Au 3° de l'article L. 213-1-1, les mots : « d'assurance vieillesse dues au titre des » sont remplacés par les mots : « et contributions sociales dont le recouvrement n'était pas assuré au 1er janvier 2020 par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et qui sont dues au titre de l'emploi de salariés relevant de » et, après les mots : « de cotisations », sont insérés les mots : « d'assurance vieillesse » ; E.-L'article L. 243-7-4 est ainsi rétabli : « Art. L. 243-7-4.-Dans le cadre de leurs missions, les agents chargés du contrôle peuvent utiliser les documents et informations obtenus lors du contrôle de toute personne appartenant au même groupe que la personne qu'ils contrôlent. Pour l'application du présent article, un groupe est entendu comme l'ensemble des personnes entre

lesquelles existe un lien de détention ou de contrôle au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce. « L'agent chargé du contrôle est tenu d'informer la personne contrôlée de la teneur et de l'origine des documents ou informations, obtenus dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article, sur lesquels il se fonde. Sur sa demande et après que cette faculté lui a été précisée, il communique une copie des documents à la personne contrôlée. « Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et garanties applicables à cette utilisation de documents ou d'informations ainsi que le délai d'information de la personne contrôlée. » ; F.-Le II de l'article L. 243-7-7 est ainsi modifié : 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Les donneurs d'ordres peuvent également bénéficier, selon les mêmes modalités, d'une réduction des majorations mises à leur charge en application du 1° de l'article L. 8222-2 du code du travail. » ; 2° Au début du dernier alinéa, les mots : « Cette réduction » sont remplacés par les mots : « La réduction des majorations » ; G.-Le I de l'article L. 243-13 est ainsi modifié : 1° Au premier alinéa, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « vingt » ; 2° Au deuxième alinéa, les mots : « l'employeur contrôlé » sont remplacés par les mots : « la personne contrôlée » ; 3° Après les mots : « lorsqu'est », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « établie au cours de cette période l'une des situations suivantes : » ; 4° Le 4° est remplacé par des 4° et 5° ainsi rédigés : « 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou de documentation soit inexploitable, soit transmise ou remise plus de quinze jours après la réception de la demande faite par l'agent chargé du contrôle ; « 5° Le report, à la demande de la personne contrôlée, d'une visite de l'agent chargé du contrôle. » II.-Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié : 1° L'article L. 724-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 du présent code ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ; 2° A l'article L. 722-24, après la référence : « L. 722-1 », sont insérés les mots : « ou de l'article L. 722-20 » ; 3° L'article L. 722-24-1 devient l'article L. 722-24-2 ; 4° L'article L. 722-24-1 est ainsi rétabli : « Art. L. 722-24-1.-Lorsqu'une entreprise de travail temporaire établie à l'étranger met à la disposition d'une entreprise exerçant une activité mentionnée aux articles L. 722-1 ou L. 722-20 des salariés, liés par des contrats de travail temporaire, entrant dans le champ d'application des mêmes articles L. 722-1 ou L. 722-20, dont elle demande le maintien à la législation de sécurité sociale d'un autre Etat	lesquelles existe un lien de détention ou de contrôle au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce. « L'agent chargé du contrôle est tenu d'informer la personne contrôlée de la teneur et de l'origine des documents ou informations, obtenus dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article, sur lesquels il se fonde. Sur sa demande et après que cette faculté lui a été précisée, il communique une copie des documents à la personne contrôlée. « Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et garanties applicables à cette utilisation de documents ou d'informations ainsi que le délai d'information de la personne contrôlée. » ; F.-Le II de l'article L. 243-7-7 est ainsi modifié : 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Les donneurs d'ordres peuvent également bénéficier, selon les mêmes modalités, d'une réduction des majorations mises à leur charge en application du 1° de l'article L. 8222-2 du code du travail. » ; 2° Au début du dernier alinéa, les mots : « Cette réduction » sont remplacés par les mots : « La réduction des majorations » ; G.-Le I de l'article L. 243-13 est ainsi modifié : 1° Au premier alinéa, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « vingt » ; 2° Au deuxième alinéa, les mots : « l'employeur contrôlé » sont remplacés par les mots : « la personne contrôlée » ; 3° Après les mots : « lorsqu'est », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « établie au cours de cette période l'une des situations suivantes : » ; 4° Le 4° est remplacé par des 4° et 5° ainsi rédigés : « 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou de documentation soit inexploitable, soit transmise ou remise plus de quinze jours après la réception de la demande faite par l'agent chargé du contrôle ; « 5° Le report, à la demande de la personne contrôlée, d'une visite de l'agent chargé du contrôle. » II.-Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié : 1° L'article L. 724-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 725-25 du présent code ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ; 2° A l'article L. 722-24, après la référence : « L. 722-1 », sont insérés les mots : « ou de l'article L. 722-20 » ; 3° L'article L. 722-24-1 devient l'article L. 722-24-2 ; 4° L'article L. 722-24-1 est ainsi rétabli : « Art. L. 722-24-1.-Lorsqu'une entreprise de travail temporaire établie à l'étranger met à la disposition d'une entreprise exerçant une activité mentionnée aux articles L. 722-1 ou L. 722-20 des salariés, liés par des contrats de travail temporaire, entrant dans le champ d'application des mêmes articles L. 722-1 ou L. 722-20, dont elle demande le maintien à la législation de sécurité sociale d'un autre Etat

et que les conditions de ce maintien ne sont pas remplies, ces salariés relèvent ou, le cas échéant, continuent de relever du régime applicable aux salariés agricoles. » ; 5° L'article L. 725-3 est complété par six alinéas ainsi rédigés : « La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent. « Par dérogation au onzième alinéa du présent article, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes : «-pour les versements, cotisations et contributions mentionnés aux a, b, c et e du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ; «-pour les cotisations mentionnées aux a et b du présent article. « Le taux mentionné au douzième alinéa est fixé, par contribuable ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. « Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables dans les conditions prévues aux douzième à quatorzième alinéas n'est pas reversé aux attributaires. » ; 6° Après le premier alinéa de l'article L. 725-3-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L'article L. 243-7-4 du code de la sécurité sociale est applicable aux contrôles effectués en application de l'article L. 724-7 du présent code. » ; 7° Au II de l'article L. 725-12, les mots : « à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « au quatrième » ; 8° L'article L. 725-12-1 est ainsi modifié : a) Après le mot : « agricole », sont insérés les mots : « et aux personnes redevables de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du présent code » ; b) Sont ajoutés les mots : « ou pour celui de l'entrepreneur individuel défini à la section 3 du chapitre VI du titre II du livre V du même code ». III.-Le premier alinéa des 1° et 3° du paragraphe 1er de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires est ainsi modifié : 1° Après le mot : « est », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « assise sur les revenus d'activité entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. » ; 2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le taux de cette cotisation est fixé par décret. » IV.-Au c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, après la dernière occurrence du mot : « publique, », sont insérés les mots : « à la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, ». V.-La dernière phrase du A du III de l'article 12 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la	et que les conditions de ce maintien ne sont pas remplies, ces salariés relèvent ou, le cas échéant, continuent de relever du régime applicable aux salariés agricoles. » ; 5° L'article L. 725-3 est complété par six alinéas ainsi rédigés : « La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent. « Par dérogation au onzième alinéa du présent article, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes : «-pour les versements, cotisations et contributions mentionnés aux a, b, c et e du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ; «-pour les cotisations mentionnées aux a et b du présent article. « Le taux mentionné au douzième alinéa est fixé, par contribuable ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. « Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables dans les conditions prévues aux douzième à quatorzième alinéas n'est pas reversé aux attributaires. » ; 6° Après le premier alinéa de l'article L. 725-3-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L'article L. 243-7-4 du code de la sécurité sociale est applicable aux contrôles effectués en application de l'article L. 724-7 du présent code. » ; 7° Au II de l'article L. 725-12, les mots : « à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « au quatrième » ; 8° L'article L. 725-12-1 est ainsi modifié : a) Après le mot : « agricole », sont insérés les mots : « et aux personnes redevables de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du présent code » ; b) Sont ajoutés les mots : « ou pour celui de l'entrepreneur individuel défini à la section 3 du chapitre VI du titre II du livre V du même code ». III.-Le premier alinéa des 1° et 3° du paragraphe 1er de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires est ainsi modifié : 1° Après le mot : « est », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « assise sur les revenus d'activité entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. » ; 2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le taux de cette cotisation est fixé par décret. » IV.-Au c du 4° du XII de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, après la dernière occurrence du mot : « publique, », sont insérés les mots : « à la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, ». V.-La dernière phrase du A du III de l'article 12 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la

sécurité sociale pour 2022 est complétée par les mots : « , à l'exception des créances à régler aux organismes complémentaires et aux autorités organisatrices de la mobilité, dont le montant et les modalités de règlement sont constatés et fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ». VI.-Les I à III entrent en vigueur le 1er janvier 2023, sous réserve des A et B du présent VI. A.-Les 1° à 3° du B du I entrent en vigueur le 1er janvier 2024. B.-Le 5° du II est applicable aux cotisations et contributions reversées par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole à compter du 1er janvier 2025. Cette date peut être reportée par décret, dans la limite d'un an. Les créances de cotisations et de contributions sociales et les créances accessoires correspondant aux restes à recouvrer dus aux attributaires par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avant cette date font l'objet d'un versement à hauteur de la valeur estimée recouvrable de ces créances à cette même date. Les modalités de règlement desdites créances, notamment leur échelonnement, sont fixées par convention entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les attributaires concernés, à l'exception des créances à régler aux organismes complémentaires et aux autorités organisatrices de la mobilité, dont le montant et les modalités de règlement sont constatés et fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.	sécurité sociale pour 2022 est complétée par les mots : « , à l'exception des créances à régler aux organismes complémentaires et aux autorités organisatrices de la mobilité, dont le montant et les modalités de règlement sont constatés et fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ». VI.-Les I à III entrent en vigueur le 1er janvier 2023, sous réserve des A et B du présent VI. A.-Les 1° à 3° du B du I entrent en vigueur le 1er janvier 2024. B.-Le 5° du II est applicable aux cotisations et contributions reversées par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole à compter du 1er janvier ~~2025~~2027. Cette date peut être reportée par décret, dans la limite d'un an. Les créances de cotisations et de contributions sociales et les créances accessoires correspondant aux restes à recouvrer dus aux attributaires par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole avant cette date font l'objet d'un versement à hauteur de la valeur estimée recouvrable de ces créances à cette même date. Les modalités de règlement desdites créances, notamment leur échelonnement, sont fixées par convention entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les attributaires concernés, à l'exception des créances à régler aux organismes complémentaires et aux autorités organisatrices de la mobilité, dont le montant et les modalités de règlement sont constatés et fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.
Article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime après modification
La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions : 1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ; 2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment : a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ; 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 ; 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 ; 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 ; 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; 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 ;	La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions : 1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ; 2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment : a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ; 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 ; 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 ; 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 ; 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; 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 ;

5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ; 6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ; 7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ; 8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ; 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 ; 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 non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux ; 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 ; 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 ; 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 ; 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. Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole perçoit des frais de gestion, dont les modalités sont déterminées par convention conclue entre ladite caisse et l'attributaire et approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et, le cas échéant, des autres ministres concernés, pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales, ainsi que des majorations et pénalités de retard y afférentes, à l'exclusion de celles dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont les caisses locales de mutualité sociale agricole assurent l'application. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.	5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ; 6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ; 7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ; 8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ; 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 ; 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 non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux ; 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 ; 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 ; 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 ; 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. Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole perçoit des frais de gestion, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pour le recouvrement des cotisations et contributions, ainsi que des majorations de retard y afférentes, mentionnées au 1° à 4° du III de l'article L. 725-3 et dont les modalités sont déterminées par convention conclue entre ladite caisse et l'attributaire et approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et, le cas échéant, des autres ministres concernés, pour le recouvrement des autres cotisations et contributions sociales, ainsi que des majorations et pénalités de retard y afférentes, à l'exclusion de celles dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont les caisses locales de mutualité sociale agricole assurent l'application. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.
Article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime après modification
I. - Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et	I. - Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des cotisations et des majorations et

pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Par dérogation à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, elles sont également chargées du recouvrement : a) Des cotisations dues pour la couverture des prestations d'assurance maladie et maternité prévues par le statut national des industries électriques et gazières mentionné à l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code ; b) Des cotisations dues pour la couverture des prestations du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code. Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de retard afférentes à ces cotisations. Elles sont également chargées du recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail. II. - Toute action de mise en recouvrement est précédée de l'envoi au cotisant d'une mise en demeure de régulariser sa situation. Le second alinéa de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale est applicable à cette mise en demeure par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception. Indépendamment de la procédure applicable au contentieux de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au second alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale ; 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes. III. - La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent. Par dérogation au premier alinéa du présent III du présent article, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes pour : 1° Les cotisations et contributions finançant les régimes de base de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés mentionnés à l'article L. 722-20 et de leurs employeurs ;	pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole dont elles assurent l'application. Par dérogation à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, elles sont également chargées du recouvrement : a) Des cotisations dues pour la couverture des prestations d'assurance maladie et maternité prévues par le statut national des industries électriques et gazières mentionné à l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code ; b) Des cotisations dues pour la couverture des prestations du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code. Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de retard afférentes à ces cotisations. Elles sont également chargées du recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail. II. - Toute action de mise en recouvrement est précédée de l'envoi au cotisant d'une mise en demeure de régulariser sa situation. Le second alinéa de l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale est applicable à cette mise en demeure par lettre recommandée ou par tout moyen donnant date certaine de sa réception. Indépendamment de la procédure applicable au contentieux de la sécurité sociale et de l'action en constitution de partie civile prévue aux articles 418 et 536 du code de procédure pénale, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent recouvrer les cotisations et éventuellement les pénalités dues en utilisant l'une ou plusieurs des procédures suivantes : 1° La contrainte qui comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, dans des délais et selon des conditions fixées par décret, tous les effets d'un jugement et qui confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au second alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale ; 2° L'état exécutoire signé par le préfet dans le cadre d'une procédure sommaire dont le recouvrement est effectué comme en matière de contributions directes. III. - La caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent. Par dérogation au premier alinéa du présent III du présent article, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes pour : 1° Les cotisations et contributions finançant les régimes de base de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés mentionnés à l'article L. 722-20 et de leurs employeurs ;

2° Les versements, cotisations et contributions mentionnés aux b, c et e du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ; 3° Les contributions mentionnées à l'article L. 718-2-1 du présent code et à l'article L. 6331-53 du code du travail ; 4° Les cotisations mentionnées aux a et b du I du présent article. Le taux mentionné au deuxième alinéa du présent III est fixé, par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables dans les conditions prévues aux deuxième à sixième alinéas du présent III n'est pas reversé aux attributaires. Le solde résultant, pour la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, de l'application du présent III, déduction faite des frais de gestion, est affecté aux branches mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture en fonction des soldes prévisionnels de ces branches.	2° Les versements, cotisations et contributions mentionnés aux b, c et e du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ; ~~3° Les contributions mentionnées à l'article L. 718-2-1 du présent code et à l'article L. 6331-53 du code du travail ;~~ 4° Les cotisations mentionnées aux a et b du I du présent article. Le taux mentionné au deuxième alinéa du présent III est fixé, par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et des pénalités dues par les redevables dans les conditions prévues aux deuxième à sixième alinéas du présent III n'est pas reversé aux attributaires. Le solde résultant, pour la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, de l'application du présent III, déduction faite des frais de gestion, est affecté aux branches mentionnées aux articles L. 722-8 et L. 722-27, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture en fonction des soldes prévisionnels de ces branches.
Article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières avant modification	Article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières après modification
I.-Il est institué au profit de la Caisse nationale des industries électriques et gazières une contribution tarifaire sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel qui assure le financement : -des droits spécifiques définis au 1° du II de l'article 17 à l'exclusion des évolutions postérieures au 31 décembre 2004 ayant pour effet d'augmenter le montant de ces droits et résultant de changements dans la classification du personnel ou dans la réglementation relative à l'assurance vieillesse du régime des industries électriques et gazières, du régime général et des régimes complémentaires. Les augmentations de droits qui sont ainsi exclues sont constituées par le solde résultant de l'ensemble des évolutions de classification ainsi que par le solde résultant de l'ensemble des changements de réglementation intervenant dans chacun des régimes ; -le cas échéant, des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires définies à l'article 19 afférentes aux activités de transport et de distribution à l'exclusion de celles destinées à financer les charges de trésorerie, aux activités qui leur sont rattachées dans les comptes séparés établis en application des articles 25 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée et 8 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée, ainsi qu'aux activités de gestion des missions de service public dont les charges sont compensées en application de l'article 5 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée. Les prestations de transport d'électricité et de gaz naturel en provenance d'un Etat autre que la France et destinées à un consommateur raccordé à un réseau situé dans un autre Etat ne sont pas assujetties à cette contribution tarifaire. II.-Cette contribution tarifaire est due :	I.-Il est institué au profit de la Caisse nationale des industries électriques et gazières une contribution tarifaire sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel qui assure le financement : -des droits spécifiques définis au 1° du II de l'article 17 à l'exclusion des évolutions postérieures au 31 décembre 2004 ayant pour effet d'augmenter le montant de ces droits et résultant de changements dans la classification du personnel ou dans la réglementation relative à l'assurance vieillesse du régime des industries électriques et gazières, du régime général et des régimes complémentaires. Les augmentations de droits qui sont ainsi exclues sont constituées par le solde résultant de l'ensemble des évolutions de classification ainsi que par le solde résultant de l'ensemble des changements de réglementation intervenant dans chacun des régimes ; -le cas échéant, des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires définies à l'article 19 afférentes aux activités de transport et de distribution à l'exclusion de celles destinées à financer les charges de trésorerie, aux activités qui leur sont rattachées dans les comptes séparés établis en application des articles 25 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée et 8 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée, ainsi qu'aux activités de gestion des missions de service public dont les charges sont compensées en application de l'article 5 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée. Les prestations de transport d'électricité et de gaz naturel en provenance d'un Etat autre que la France et destinées à un consommateur raccordé à un réseau situé dans un autre Etat ne sont pas assujetties à cette contribution tarifaire. II.-Cette contribution tarifaire est due :

1° Pour l'électricité : a) Par les gestionnaires des réseaux publics de transport ou de distribution qui la perçoivent, en addition du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution, prévu à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition de leur prix de vente auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, lorsque ces fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux en application du septième alinéa de l'article 23 de la même loi pour alimenter ces consommateurs ; c) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition des tarifs réglementés de vente mentionnés à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs non éligibles et des consommateurs éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la même loi ; 2° Pour le gaz naturel : a) Par les gestionnaires des réseaux de transport ou de distribution qui la perçoivent en addition des tarifs d'utilisation des réseaux mentionnés à l'article 7 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée auprès des consommateurs finals éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs qui la perçoivent en addition de leur prix de vente, auprès des clients éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée qu'ils alimentent, lorsque les fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux pour alimenter ces clients ; c) Par les fournisseurs qui la perçoivent, en addition des tarifs réglementés de vente, auprès des consommateurs finals non éligibles et des consommateurs finals éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée. III.-La contribution tarifaire est assise : 1° Pour l'électricité : -sur la part fixe hors taxes du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution d'électricité lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 1° du II ; -sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans le prix de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 1° du II ;	1° Pour l'électricité : a) Par les gestionnaires des réseaux publics de transport ou de distribution qui la perçoivent, en addition du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution, prévu à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition de leur prix de vente auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, lorsque ces fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux en application du septième alinéa de l'article 23 de la même loi pour alimenter ces consommateurs ; c) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition des tarifs réglementés de vente mentionnés à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs non éligibles et des consommateurs éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la même loi ; 2° Pour le gaz naturel : a) Par les gestionnaires des réseaux de transport ou de distribution qui la perçoivent en addition des tarifs d'utilisation des réseaux mentionnés à l'article 7 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée auprès des consommateurs finals éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ; b) Par les fournisseurs qui la perçoivent en addition de leur prix de vente, auprès des clients éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée qu'ils alimentent, lorsque les fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux pour alimenter ces clients ; c) Par les fournisseurs qui la perçoivent, en addition des tarifs réglementés de vente, auprès des consommateurs finals non éligibles et des consommateurs finals éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée. III.-La contribution tarifaire est assise : 1° Pour l'électricité : -sur la part fixe hors taxes du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution d'électricité lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 1° du II ; -sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans le prix de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 1° du II ;

-sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans les tarifs réglementés de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 1^o du II ; 2^o Pour le gaz naturel : -sur la quote-part hors taxes des tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution, liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 2^o du II ; -sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans le prix de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 2^o du II ; -sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans les tarifs réglementés de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 2^o du II. IV.-La contribution tarifaire est due, à raison des contrats conclus par les personnes mentionnées au II pour la réalisation des prestations mentionnées au I, lors de l'encaissement des acomptes ou du prix par le redevable ou, sur option de ce dernier, au moment du débit ; dans ce cas, elle est due en tout état de cause lors de l'encaissement des acomptes ou du prix s'il précède le débit. V.-Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie. Ils sont compris : -entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1^o du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ; -entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2^o du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 15 % et 25 % appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel. VI.-La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou	-sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans les tarifs réglementés de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 1^o du II ; 2^o Pour le gaz naturel : -sur la quote-part hors taxes des tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution, liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, lorsque la contribution tarifaire est due en application du a du 2^o du II ; -sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans le prix de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du b du 2^o du II ; -sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans les tarifs réglementés de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 2^o du II. IV.-La contribution tarifaire est due, à raison des contrats conclus par les personnes mentionnées au II pour la réalisation des prestations mentionnées au I, lors de l'encaissement des acomptes ou du prix par le redevable ou, sur option de ce dernier, au moment du débit ; dans ce cas, elle est due en tout état de cause lors de l'encaissement des acomptes ou du prix s'il précède le débit. V.-Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie. Ils sont compris : -entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1^o du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ; -entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2^o du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 15 % et 25 % appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel. VI.-La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou

forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. La caisse ne peut déléguer le recouvrement ou le contrôle de la contribution. Elle peut obtenir de l'administration des impôts communication d'informations dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Elle tient une comptabilité spécifique au titre de cette contribution. Les fournisseurs non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est habilitée à obtenir de la Commission de régulation de l'énergie tout renseignement nécessaire à l'exécution de ses missions de contrôle et de recouvrement de la contribution tarifaire. Les dirigeants et les agents de la caisse sont astreints au secret professionnel dans les mêmes conditions que les membres et agents de la Commission de régulation de l'énergie. VII.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.	forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. La caisse ne peut déléguer le recouvrement ou le contrôle de la contribution. Elle peut obtenir de l'administration des impôts communication d'informations dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. ~~Elle tient une comptabilité spécifique au titre de cette contribution.~~ Les fournisseurs non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est habilitée à obtenir de la Commission de régulation de l'énergie tout renseignement nécessaire à l'exécution de ses missions de contrôle et de recouvrement de la contribution tarifaire. Les dirigeants et les agents de la caisse sont astreints au secret professionnel dans les mêmes conditions que les membres et agents de la Commission de régulation de l'énergie. VII. La caisse nationale des industries électriques et gazières enregistre les opérations relatives à la contribution tarifaire dans une section comptable spécifique. Lorsqu'à la clôture d'un exercice cette section comptable présente un résultat excédentaire, une somme, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite de ce résultat, est transférée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui l'enregistre en fonds propres dans ses comptes. Les modalités de versement des sommes correspondantes sont déterminées par ce même arrêté. ~~VII.~~VIII.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

Article 16 – Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La situation déficitaire du régime général et d'autres régimes auxquels le régime général accorde des avances de trésorerie comme la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) implique le recours par l'ACOSS à des ressources non permanentes

Si l'ACOSS a pu par le passé avoir recours au financement bancaire et avec des partenaires institutionnels, notamment auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), elle se finance depuis 2021 uniquement sur les marchés financiers.

Depuis le 1^{er} janvier 2025, l'encours de dette moyen était réparti entre deux marchés financiers :

- Le marché des *Euro commercial papers* (ECP) pour un encours moyen de 28,9 Md€ ;
- Le marché des *negotiable european commercial papers* (Social NeuCP) pour un encours moyen de 13,2 Md€.

Pour couvrir ses besoins, l'ACOSS était autorisée jusqu'en 2024 à émettre sur les marchés financiers des titres de dette pour une durée inférieure à 1 an. Depuis l'adoption de la LFSS pour 2025, l'ACOSS est autorisée à émettre des titres de dette pour une durée inférieure à 2 ans, dans la limite d'une maturité pondérée de ses emprunts (échéance de remboursement moyenne pondérée du poids de chaque emprunt) inférieure ou égale à un an. Cet allongement de la maturité des emprunts autorisés permet à l'ACOSS d'accéder au marché des titres négociable de moyen terme des NeuMTN et d'ainsi diversifier ses sources de financement. L'Agence devrait débiter ses premières émissions sur le marché des NeuMTN à la fin du second semestre 2025. La maturité moyenne des titres de l'ACOSS s'est d'ores et déjà accrue, puisqu'elle était en 2024 de 55 jours, contre 70 jours en septembre 2025, tous marchés confondus, et continue à progresser.

Par ailleurs, le taux moyen annuel de financement, qui est déterminé en rapportant son coût de financement au montant moyen emprunté durant l'année, marque une forte hausse en 2023 par rapport à la période 2012-2022. En 2024, sous l'effet de la remontée globale des taux d'intérêt, le taux de financement atteint 2,98 %. Par conséquent, le coût net de financement s'est établi à 99 M€ en 2023. En 2025, il devrait s'élever à 450 M€.

Les dispositions de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale ouvrent la possibilité pour l'ACOSS d'octroyer, contre rémunération et selon certaines limites de maturité, des avances de trésorerie aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale habilités par la loi à recourir à l'emprunt. Comme en 2024, en 2025 la CANSSM, la CNRACL et la CPRPF ont bénéficié dans ce cadre d'avances de trésorerie. Depuis 2023, en raison des évolutions du marché, le taux d'intérêt appliqué par l'ACOSS aux avances de trésorerie est positif.

b) Mesure proposée

La mesure vise à autoriser l'ACOSS à recourir, dans la limite d'un plafond, à des ressources non permanentes pour couvrir son besoin de financement annuel ainsi que celui des partenaires auxquels elle consent des avances. En application du principe de mutualisation des trésoreries sociales, l'ACOSS peut en effet accorder des avances de trésorerie à des organismes de sécurité sociale, et emploie pour cela les éventuelles disponibilités déposées sur son compte par des organismes excédentaires, ponctuellement ou structurellement.

Ce plafond est relevé en 2026 pour l'ACOSS en raison des déficits prévisionnels des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale qui, dès lors que le transfert des déficits à la CADES décidée en 2020 est achevé, font mécaniquement augmenter le besoin de financement de l'année suivante. Le besoin de financement de l'ACOSS est relevé de 18 Md€ (de 65 à 83 Md€), hausse légèrement supérieure à la somme des déficits du régime général et de la CNRACL attendus en 2026 d'une part et à la variation prévisionnelle nette des effets de trésorerie d'autre part, afin de pallier les potentiels effets négatifs supplémentaires en trésorerie. Ce plafond permettra notamment, avec une marge raisonnable, de faire face au besoin de financement maximal prévu en décembre 2026¹. Il doit également permettre à l'ACOSS de disposer d'une marge de manœuvre suffisante pour emprunter à l'avance les montants nécessaires pour faire face à toute éventualité ou risque en amont des principales échéances de paiement. Or, en l'absence de relèvement du plafond prévu par la LFSS 2025 par rapport au projet initial (le niveau est resté fixé à 65 Md€ dans la loi comme dans le projet de loi initial) alors qu'une partie des mesures initialement prévues n'a finalement pas été décidée et mise en œuvre, la marge de sécurité nécessaire s'est très fortement réduite en 2025, et une marge suffisante doit être reconstituée.

Ce besoin de financement dépend lui-même de la mise en œuvre de l'ensemble des mesures de redressement pour 2026 qui sont prises en compte dans le tableau d'équilibre financier, retracées dans l'annexe 3 de la présente loi et de l'atteinte des objectifs de solde fixés par le PLFSS déposé au Parlement. Les mesures ayant un effet significatif en trésorerie au cours de l'année 2026 sont déterminantes pour respecter le plafond fixé, notamment celles qui représentent un rendement

¹ Le profil de trésorerie est présenté avec plus de détail en annexe 3 de la présente loi de financement.

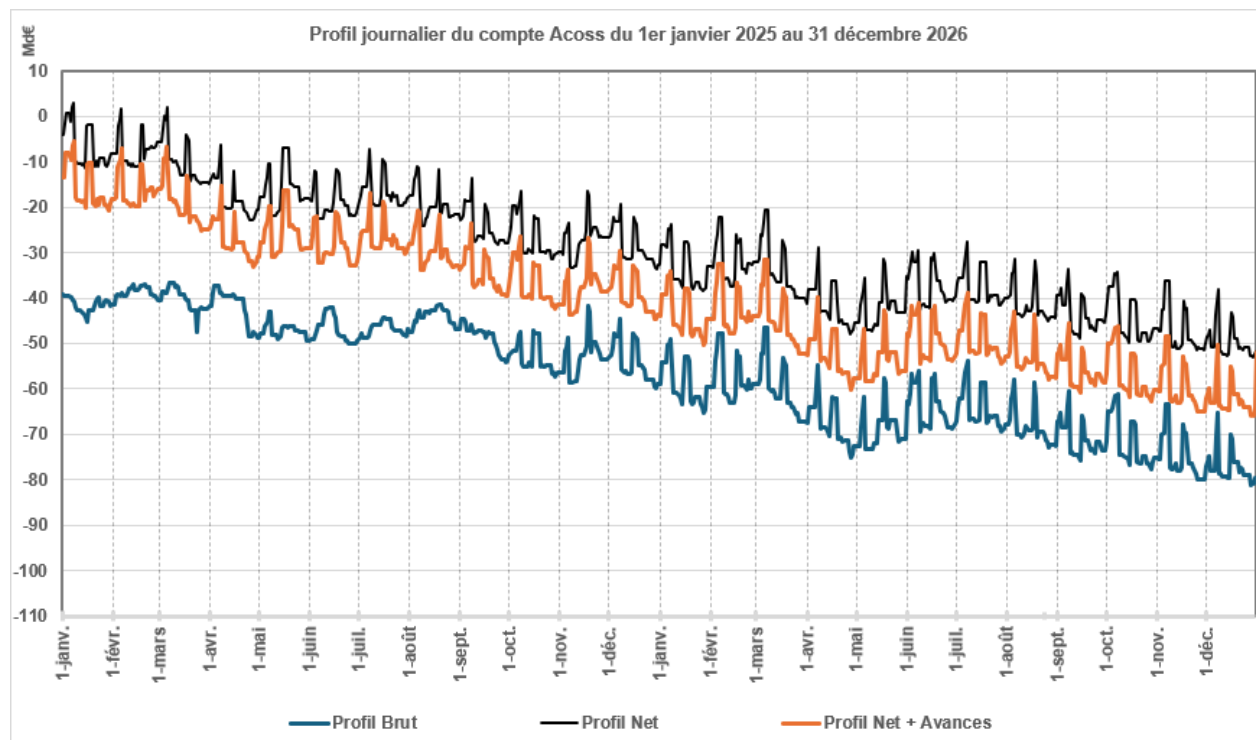
important, ainsi que les dispositions relatives à la mise en place d'un mécanisme d'acompte pour le paiement des remises sur les produits de santé.

S'agissant des deux autres plafonds prévus respectivement pour la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF) et la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), ils permettront respectivement, comme chaque année, de faire face au décalage de versement de la dotation d'équilibre à la CPRPF et de financer les reports à nouveau négatifs de la CANSSM¹.

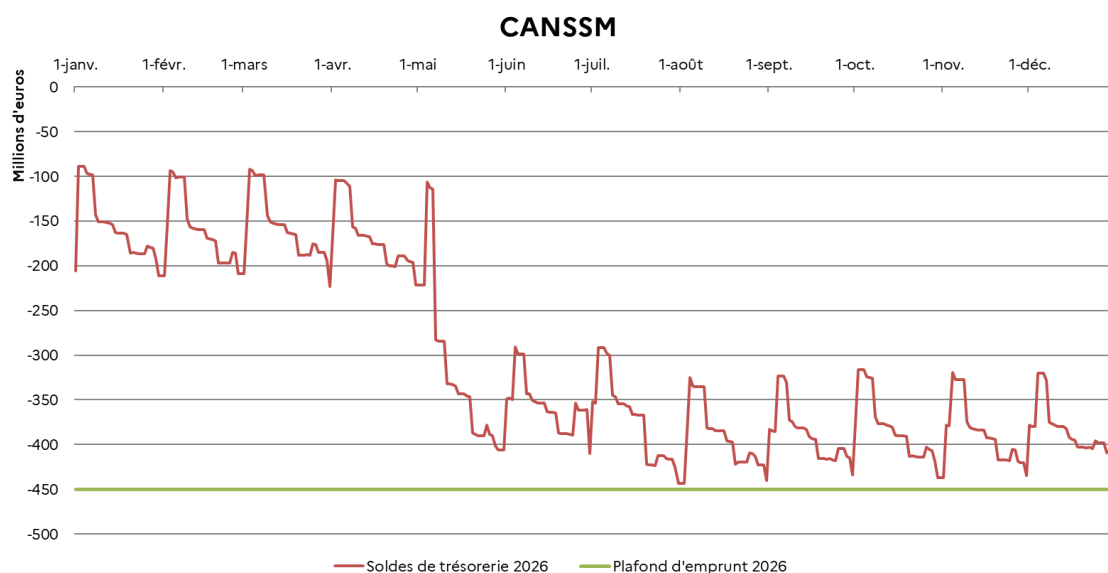
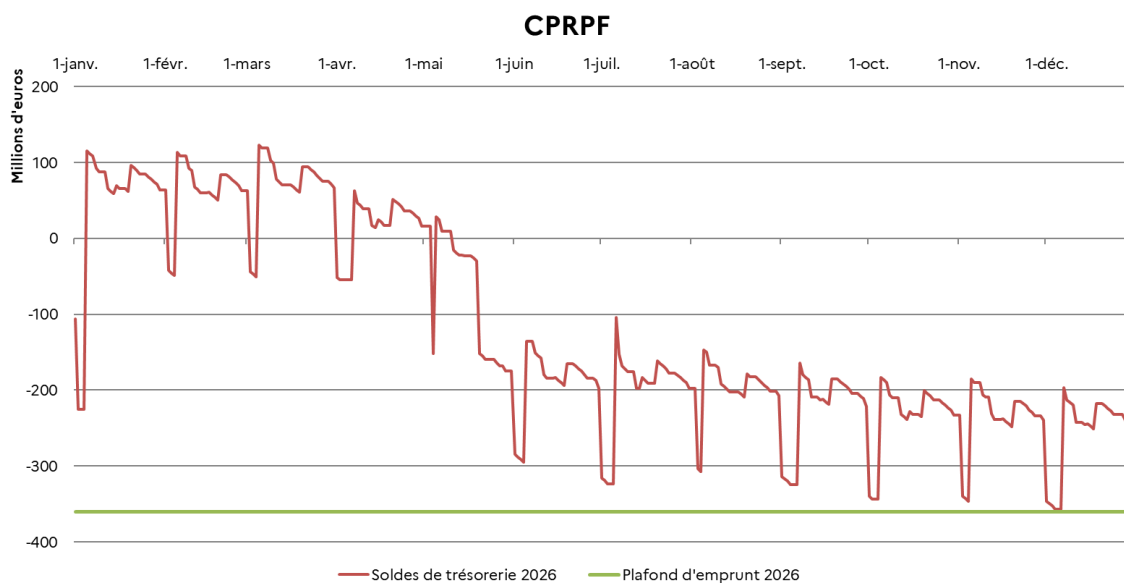
Profils de trésorerie prévisionnels bruts des organismes de sécurité sociale autorisés à recourir à des ressources non permanentes en 2025.

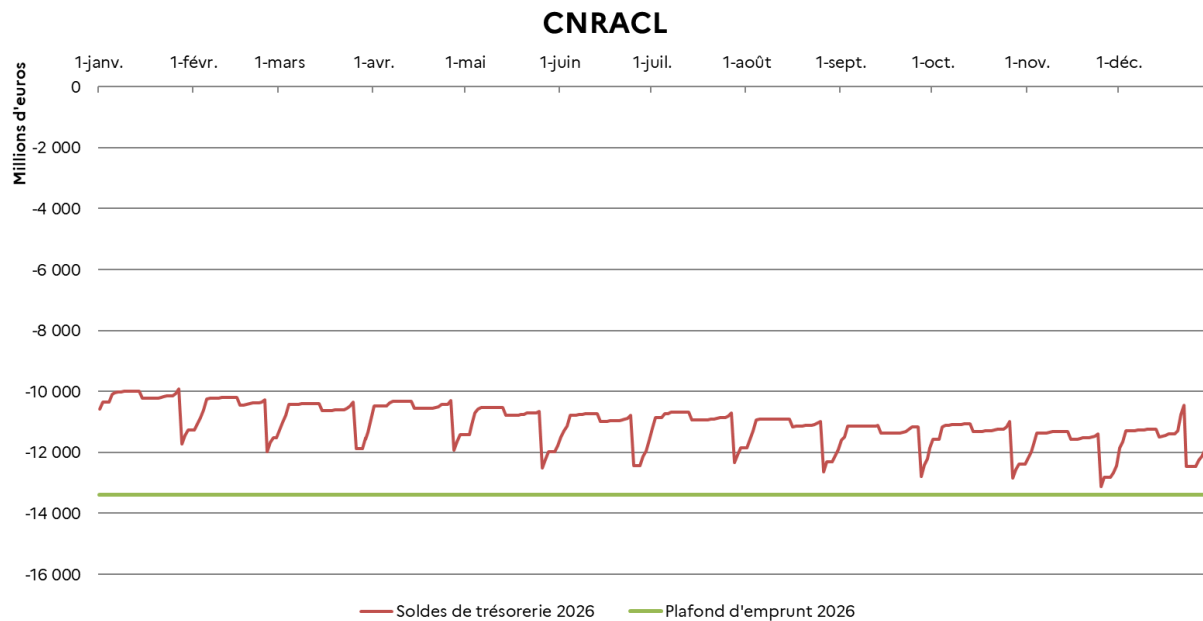
PROFIL ACOSS

Les prévisions de trésorerie de l'ACOSS intègrent, en plus des besoins de financement du régime général, les montants des avances versées aux partenaires dont la CNRACL et le pré emprunt de sécurisation de sa trésorerie à horizon d'un mois.



¹ Si ces régimes seront équilibrés par la CNAV dans le cadre du nouveau dispositif prévu à l'article L. 134-3 du code de la sécurité sociale, cette dotation ne permet pas de faire disparaître les besoins de trésorerie structurels hors équilibre de ces régimes.





c) Autres options possibles

Le recours exclusif à d'autres ressources que des ressources non permanentes n'est pas envisageable en l'état de la situation financière des branches du régime général et des partenaires de l'ACOSS, sauf à anticiper aux premiers jours de l'année l'ensemble des versements de l'Etat à la sécurité sociale afin d'assurer une trésorerie positive tout au long de l'année.

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

L'autorisation de recourir à des ressources non permanentes relève des dispositions obligatoires des lois de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article LO. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et, de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Aucune.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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

Sans objet.

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

S'agissant du relèvement des plafonds rendu nécessaire par le niveau des déficits du régime général et de la CNRACL, il aura pour corollaire des charges financières accrues pour ces deux régimes, déjà intégrés par convention à la trajectoire spontanée de la sécurité sociale.

L'ACOSS étant chargée de la gestion de la trésorerie des branches de la sécurité sociale, le coût de la gestion et du financement supporté par l'ACOSS est refacturé aux branches au moyen d'un taux d'intérêt appliqué aux soldes journaliers de trésorerie fixé annuellement par arrêté (article R. 255-6 du code de la sécurité sociale). L'application du taux d'intérêt au solde moyen des branches est une opération menée au moment des travaux de clôture des comptes. Elle est imputée au 1er janvier de l'année suivant l'exercice clos. Dans les comptes des branches, les frais de gestion sont comptabilisés en produits pour les branches excédentaires et en charges pour les branches déficitaires.

Pour 2024, le taux moyen annuel de référence a été fixé à 2,98 %, en tenant compte du solde entre les produits financiers des placements et les charges financières brutes du compte de l'ACOSS.

L'impact financier pour 2026 et les années suivantes dépendra de l'évolution de ces paramètres, fortement dépendants des variations des taux directeurs ainsi que des soldes journaliers des branches.

Pour ce qui concerne les partenaires, le taux d'intérêt refacturé par l'ACOSS est fixé par convention entre l'ACOSS et le partenaire, et éventuellement révisé par avenant avec l'accord des ministères de tutelle.

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information du public sur les opérations de financement de l'ACOSS est assurée par la publication de la documentation financière obligatoire disponible sur le site institutionnel de l'ACOSS ainsi que des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, et des annexes aux projets de loi de financement de la sécurité sociale d'une part (annexe 3) et d'approbation des comptes de la sécurité sociale d'autres part (Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Financement).

d) Suivi de la mise en œuvre

La politique de financement de l'ACOSS est approuvée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et fait l'objet d'un suivi infra-annuel par les ministères de tutelle.

Article 18 - Etendre le champ des participations forfaitaires et franchises et rendre visible leur recouvrement

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Actuellement, les franchises s'appliquent uniquement sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports de patients. Les participations forfaitaires s'appliquent quant à elles sur les actes et consultations des médecins et les analyses de biologie médicale. Leurs montants, qui ont doublé depuis le 1^{er} mai 2024¹, sont ainsi fixés à :

- 1 euro pour les franchises sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux ;
- 4 euros pour les franchises sur les transports de patients ;
- 2 euros pour les participations forfaitaires.

Or d'autres champs importants des dépenses de santé ne se voient appliquer ni participation forfaitaire ni franchise. C'est le cas notamment des dispositifs médicaux et des actes effectués par les chirurgiens-dentistes.

En 2024, la consommation de soins de dentistes dispensés en cabinet libéral et en centre de santé, qui recouvre notamment les soins prothétiques et conservateurs, s'élevait à 14,3 milliards d'euros, en hausse de 3 % par rapport à 2023. Cette hausse de la consommation, de 3 %, est supérieure à celle observée avant la crise sanitaire (+1,6 % en moyenne par an entre 2011 et 2019).

Les dispositifs médicaux, qui représenteront en 2026 près de 10 Md€ de dépenses pour le seul champ des soins de ville, comprennent un champ très large de produits, s'étendant des pansements aux équipements biomédicaux lourds utilisés dans les établissements de santé, les prothèses physiques ou auditives, l'optique, les dispositifs de traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue, de contrôle du diabète, les dispositifs médicaux implantables cardiovasculaires ou d'orthopédie posés à l'hôpital, ou encore les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro utilisées pour les examens diagnostiques de biologie et d'anatomopathologie. Ils sont aujourd'hui les seuls biens de santé non soumis à une franchise. Comme l'ont démontré les inspections générales des finances et des affaires sociales dans la revue de dépenses consacrée aux dispositifs médicaux (mars 2024), cette exception n'est aujourd'hui ni justifiée par des arguments d'accès aux soins, ni par des spécificités des dispositifs médicaux.

Par ailleurs, actuellement, les participations forfaitaires et franchises peuvent être récupérées de deux manières :

- Soit sur le flux des prestations versées : elles sont ainsi déduites des remboursements de frais de santé en l'absence de tiers-payant, des versements d'IJ ou d'autres prestations en espèces gérées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ;
- Soit, si le tiers-payant a été appliqué pour l'acte sur lequel s'applique la participation forfaitaire ou la franchise et que son montant ne peut être récupéré sur une autre prestation, par l'envoi d'un avis de sommes à payer à l'assuré.

Cependant, ce circuit de recouvrement ne permet pas toujours à l'assuré de savoir ce qu'il débourse réellement au titre du paiement de ces participations, le mode de récupération majoritaire étant celui de la récupération sur les flux de prestations versées. Rendre visibles ces paiements concourrait à responsabiliser davantage les assurés sur leurs dépenses de santé. Par ailleurs, les procédures de recouvrement des participations forfaitaires et des franchises mises en place par l'Assurance maladie ne permettent aujourd'hui pas de recouvrer l'entièreté des participations dues.

Ainsi, pour garantir l'objectif de maîtrise des dépenses publiques, il apparaît désormais nécessaire de faire évoluer les régimes de franchises et de participations forfaitaires et leurs modalités de recouvrement.

b) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à créer :

- une **participation forfaitaire** pour les actes et consultations effectués par les **chirurgiens-dentistes**;
- une **franchise pour les dispositifs médicaux et les produits et prestations** de la liste des produits et prestations (LPP).

La franchise ne sera pas applicable aux dispositifs médicaux et produits et prestations de la LPP délivrés au cours d'une hospitalisation ou encore aux fauteuils roulants et ne pourra en aucun cas excéder le coût d'un dispositif médical. Un décret

¹ Décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale et décret n° 2024-113 du 16 février 2024 relatif à la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

précisera les modalités d'application de la franchise aux dispositifs médicaux facturés dans le cadre d'une location par un distributeur au détail à l'assuré : il est envisagé dans ce cas de ne facturer la franchise qu'au premier jour de location.

Ces nouvelles participations forfaitaires et franchises seront comptabilisées dans les plafonds journaliers et annuels des PF et franchises, prochainement revalorisés à hauteur de 100€.

Il est également proposé que **la franchise appliquée aux transports de patients fasse l'objet d'un plafond spécifique**. Ainsi, il y aurait des plafonds journalier et annuel distincts pour les franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et les dispositifs médicaux d'une part, et pour les franchises sur les transports de patients, d'autre part.

Ainsi, il y aurait trois plafonds annuels distincts des franchises et participations forfaitaires, de 50 € chacun, dont le montant sera augmenté dans les prochains mois à 100 € chacun, hors nouveau plafond lié aux transports de patients, soit un plafond global de 350 euros.

Les assurés actuellement exonérés, qui représentent près de 30% de la population, continueront de l'être : enfants et jeunes de moins de 18 ans ; bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ; femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement ; mineures pour la contraception et la contraception d'urgence sans consentement parental ; victimes d'un acte de terrorisme, pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

En parallèle, afin d'améliorer le taux de recouvrement des participations forfaitaires et des franchises, la mesure prévoit **le paiement de ces participations directement par l'assuré aux professionnels de santé**.

Pour les prestations et produits pris en charge par le tiers-payant, c'est-à-dire quand les frais de santé sont directement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, l'assuré continuera de présenter sa carte vitale au professionnel de santé pour bénéficier du tiers-payant. En revanche, l'assuré devra régler systématiquement les participations forfaitaires et franchises dues pour la prestation et/ou le produit servi. L'entrée en vigueur pourra se faire de manière échelonnée, en commençant par les pharmaciens et les médecins. L'assurance maladie mettra également en place des contrôles réguliers pour s'assurer du juste paiement de ces participations. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions de mise en œuvre de ce circuit, notamment les conditions de vérifications de l'atteinte du plafond par l'assuré pour que celui-ci ne se trouve pas contraint de continuer à payer, au-delà du délai inhérent à la consolidation des données de facturation par l'assurance maladie, des sommes qui ne lui incombent pas et qui pourraient compromettre son accès aux soins et produits de santé.

Pour les produits et prestations pris en charge hors tiers-payant, c'est-à-dire lorsque l'assuré les règle déjà directement au professionnel de santé, la récupération des participations forfaitaires et franchises continuera de se faire comme actuellement, en déduction des remboursements des frais de santé effectués par l'assurance maladie obligatoire. En effet, le paiement direct permet d'ores et déjà de rendre visible le coût des soins / des produits délivrés.

L'ensemble de ces mesures nécessitera un délai de mise en œuvre opérationnelle par la CNAM de l'ordre de 18 mois en raison des développements importants à réaliser pour modifier les systèmes d'information et de facturation des caisses d'assurance maladie.

c) Autres options possibles

Il a également été envisagé de mettre en place un plafond ad hoc pour les franchises des dispositifs médicaux. Toutefois, cela aurait abouti à un reste à charge annuel potentiel de 350 euros.

Le recouvrement des participations forfaitaires et franchises des produits et prestations pris en charge hors tiers-payant pourrait également être mis en place mais le coût du développement qu'engendre cette mesure ne semble pas pertinent au regard de l'objectif de responsabilisation, compte tenu du fait que l'assuré paie déjà ses frais de santé directement au professionnel de santé dans ce cas.

Au vu de la part des femmes bénéficiaires de l'assurance maternité dans la patientèle des sages-femmes, il n'est pas apparu pertinent d'inclure ces actes au même titre que ceux des chirurgiens-dentistes

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

La mesure a un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de l'assurance maladie, dans la mesure où les sommes à recouvrer annuellement seront plus élevées. Son impact sur l'ONDAM au titre des dépenses de l'année 2027 et des années ultérieures justifie sa place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du c) du 1^o de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La présente mesure nécessite de modifier l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pour élargir le champ de la franchise et des participations forfaitaires.

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 avec une disposition d'application réglementaire spécifique
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'ensemble des mesures nécessite un délai de mise en œuvre opérationnelle par la CNAM de 18 mois.

L'impact financier de l'application d'une participation forfaitaire sur les actes et consultations effectués par les chirurgiens-dentistes sera de l'ordre de 0,3 Md€ en année pleine (dans l'hypothèse d'un montant des participations forfaitaires à 4€ et plafond à 100€).

L'impact financier de l'application d'une franchise sur les dispositifs médicaux du même montant que celle applicable aux médicaments d'une part et de la création d'un plafond *ad hoc* pour les transports de patients à 50€ d'autre part est estimé à 0,3 Md€ (dans l'hypothèse d'un montant de franchises à 2€ pour les médicaments, les dispositifs médicaux et professionnels de santé auxiliaires pour un plafond à 100€ et franchises à 8€ sur les transports de patients dans un plafond spécifique à 50€). L'application d'un plafond distinct sur les transports de patients à 100€ au lieu de 50€ porterait le rendement à 0,4 Md€ au lieu de 0,3 Md€. Ces quantums sont estimés en année pleine.

Concernant la mesure liée au recouvrement de ces participations, on estime aujourd’hui que 90% des participations forfaitaires et franchises sont aujourd’hui recouvrées avant la fin du délai de prescription de cinq ans. Les 10% restant pourraient constituer un gain supérieur à 164 M€, qui serait à minoré par le coût de mise en œuvre de la mesure par les CPAM (renforcement des effectifs des services comptables et de la réponse à l’assuré notamment).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie				300 >300 164	300 >300 164
- 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 mesure présente un risque d’accentuation du phénomène de non-recours aux soins, dans la mesure où elle peut aller jusqu’à conduire à un reste à charge annuel de 350 euros, pour un public déjà touché par de forts restes à charges (personnes en ALD, seniors).

L’impact sur les assurés en ALD se décompose de la façon suivante : sur le seul champ des franchises, alors qu’un assuré en ALD paye déjà en moyenne et par année 42,6 euros contre 20,7 euros pour un assuré hors ALD, il paiera, après mise en œuvre de la mesure¹, 85,3 euros, auxquels s’ajouteront 9,2 euros pour la franchise sur les transports (contre respectivement 41,9 euros et 0,8 euros pour une personne hors ALD) dans l’hypothèse d’un doublement des montants et des plafonds.

• Impact sur les jeunes

Pas d’impact pour les mineurs. Mesure qui impacte les majeurs de manière générale, y compris les jeunes, à l’exception des cas d’exonérations mentionnés supra.

¹ Après entrée en vigueur de l’ensemble de la mesure sur le champ des franchises, à savoir le volet législatif avec l’extension aux dispositifs médicaux et le plafond ad hoc de franchise sur les transports sanitaires, ainsi que le volet réglementaire consistant à doubler les montants et plafonds des franchises. L’impact relatif aux mesures concernant la participation forfaitaire n’a pas été évalué.

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

Cette mesure touche particulièrement les publics davantage consommateurs de soins que le reste de la population et dont le reste à charge est en moyenne plus élevé.

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...)

La mesure a un impact sur les caisses de sécurité sociale pour la mise à jour de leur système d'informations.

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

Le nouveau circuit de recouvrement aura un fort impact en gestion pour l'assurance maladie avec des conséquences sur les services de comptabilité, de contentieux et de réponse à l'utilisateur.

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 simple visant à modifier l'article D. 160-9 du code de la sécurité sociale afin de fixer le montant des franchises médicales et détailler les conditions d'application de la franchise sur les dispositifs médicaux,
- Un décret simple afin de créer le plafond ad hoc pour les transports de patients,
- Un arrêté pour lister les dispositifs médicaux exclus de la franchise,
- Un décret en Conseil d'Etat pour prévoir le circuit de recouvrement des participations par le professionnel de santé.

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

L'ensemble de ces mesures nécessiteront un délai minimal de 18 mois, pouvant aller jusqu'à deux ans pour le circuit de recouvrement des franchises.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés sont informés par les divers sites d'informations gouvernementaux relatifs à la participation des assurés aux frais de santé notamment le site du Service Public et le site Ameli de l'Assurance maladie.

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

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 160-13 du code de la sécurité sociale après modification
I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2°, 5° bis 6° et 8° et au 11° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré. L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel	I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2°, 5° bis 6° et 8° et au 11° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré. L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 et pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 431-1, quel que soit le motif du passage. Cette participation ne peut être supprimée, sauf pour les bénéficiaires des prestations mentionnées à l'article L. 160-9 et les assurés mentionnés aux 11° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-6, quel

que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1.

La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le montant de cette participation est défini par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Cette participation peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 10° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le taux ou le montant de cette participation est défini par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation.

III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :

1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 et au 1° de l'article L. 160-9-1 du présent code effectués en véhicule

que soit le motif du passage, ainsi que pour les passages liés aux soins mentionnés aux 15° et 18° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 169-2 et ceux en lien avec le risque sanitaire mentionné à l'article L. 16-10-1.

La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le montant de cette participation est défini par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Cette participation peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 10° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le taux ou le montant de cette participation est défini par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin **ou un chirurgien-dentiste**, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation.~~

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles la participation forfaitaire peut être acquittée par l'assuré auprès du professionnel de santé, qui la reverse à l'assurance maladie, ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir ou directement auprès de l'assuré. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :

1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ; 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel. Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3° et pour les prestations mentionnées au 4°. Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.	2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ; 3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 et au 1° de l'article L. 160-9-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ; 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 5° Produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation et d'une liste de dispositifs fixée par arrêté. Un décret prévoit les modalités d'application de la franchise pour les produits et prestations facturés dans le cadre d'une location par un distributeur au détail à l'assuré. Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux ~~1°, 2°, 3° et 4°~~ 1° à 5° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel, à l'exception des prestations mentionnées au 3°, qui font l'objet d'un plafond annuel distinct. Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3° et pour les prestations mentionnées au 4°. ~~Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.~~ Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de mise en œuvre du présent III, notamment les conditions dans lesquelles la franchise peut être acquittée par l'assuré auprès du professionnel de santé, qui la reverse à l'assurance maladie, ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir ou directement auprès de l'assuré. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. ~~Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.~~

Article 19 – Prévenir l’augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d’accompagnement préventif dédiées

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

De plus en plus d’assurés souffrent de pathologies chroniques (environ 25 millions de personnes en 2023) et près de 14 millions de personnes sont prises en charge au titre du dispositif d’affection de longue durée (ALD).

La part de pathologies chroniques au sein de la population risque d’augmenter fortement dans les prochaines années du fait du vieillissement de la population et de la hausse de la prévalence des maladies chroniques par âge. Ainsi, l’Assurance maladie souligne dans son rapport Charges et Produits que le simple effet du vieillissement de la population pourrait entraîner une hausse de 1,5 million de personnes à horizon 2030 des personnes souffrant de maladies chroniques.¹

Le dispositif ALD permet une prise en charge à 100% par l’Assurance maladie des frais de santé liés à la pathologie afin de limiter les restes à charge souvent importants pour ces patients. Les pathologies ouvrant droit à une prise en charge ALD sont fixées par décret et définies par la Haute autorité de santé (HAS).

Cependant, le dispositif souffre de limites concernant la détection, la prise en charge et l’accompagnement des maladies chroniques de manière plus précoce. Pourtant, ces pathologies peuvent parfois être détectées très tôt sans nécessairement emporter de prise en charge particulièrement coûteuse mais nécessitent davantage une prise en charge précoce et préventive. A cet égard, la revue de dépenses menée par l’inspection générale des finances (IGF) et l’inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les ALD a proposé la mise en place d’un niveau de prise en charge pour les patients atteints d’une forme peu sévère d’une pathologie caractérisée de longue durée et ne nécessitant pas de traitement particulièrement coûteux. L’Assurance maladie formule également des propositions visant à améliorer la prise en charge des pathologies chroniques dans le cadre de son Rapport Charges et produits 2025.

Aussi, la présente mesure propose de créer un nouveau parcours d’accompagnement à visée préventive pour les patients à risque d’ALD afin de retarder leur entrée dans le dispositif et de le faire prendre en charge par l’assurance maladie obligatoire et complémentaire.

b) Mesure proposée

La présente mesure crée un statut particulier pour les patients souffrant de certaines pathologies pouvant évoluer vers une affection de longue durée mais d’une forme peu sévère et ne nécessitant pas de traitement coûteux. Ce statut ouvrirait droit à un parcours de prise en charge, dans les conditions de droit commun, contenant des prestations déjà remboursées et un panier de soins axé sur la prévention, afin de permettre une prise en charge précoce des assurés concernés et ainsi de retarder l’aggravation de leur pathologie et l’entrée dans le dispositif ALD.

Cet accompagnement ciblé et personnalisé, soumis à prescription médicale, serait proposé à des patients présentant des pathologies d’aggravation progressive afin de réduire les complications à long terme.

Des travaux avec la HAS devront être menés en amont de la mise en œuvre de ce nouveau parcours de prévention des maladies chroniques. La Haute autorité sera saisie sur les critères médicaux permettant d’identifier les assurés pouvant bénéficier de ces prestations d’accompagnement préventif. Ce parcours de prise en charge adapté pourrait comprendre des prestations déjà remboursées dans le droit commun (séances de suivi psychologique et d’éducation thérapeutique) ainsi qu’un bilan diététique ou encore d’activité physique, réalisés par un diététicien ou un enseignant en activité physique adaptée. Aujourd’hui, ces prestations ne sont pas prises en charge par l’Assurance maladie et les professionnels concernés ne peuvent pas facturer de bilans à l’Assurance maladie. La mesure nécessite donc de prévoir un mécanisme particulier de prise en charge.

Pour atteindre ces objectifs, la mesure :

- ouvre un cadre de prise en charge pour des patients souffrant de pathologies chroniques à un stade peu avancé et à risque d’évolution vers une affection de longue durée, après prescription médicale. Il reviendra ensuite au pouvoir réglementaire de définir les situations concernées (après avis de la HAS) et le panier de soins ;
- permet le déploiement de parcours coordonnés renforcés dédiés à ces patients afin de permettre la prise en charge de prestations d’accompagnement non prises en charge dans le droit commun classique, en complément des soins remboursés. Cette prise en charge sera co-financée par l’Assurance maladie et les organismes complémentaires. Un arrêté viendra définir le contenu de ce parcours, ses intervenants ainsi que les montants de prise en charge.

Le diabète sans complication et l’hypertension artérielle ainsi que l’obésité figurent parmi les pathologies qui pourront prioritairement relever de ce nouvel accompagnement.

¹ Idem.

En parallèle, la HAS rendra un avis sur les critères d’entrée en ALD, afin d’assurer une cohérence avec les prestations d’accompagnement nouvellement proposées.

En complément de cette mesure, une gestion plus dynamique des sorties d’ALD sera réalisée par le service du contrôle médical afin d’identifier les patients guéris pouvant basculer dans un suivi post-ALD, accompagnée d’actions de communication auprès des médecins afin de les informer et de les inviter, le cas échéant, à en faire la demande pour les patients concernés afin d’améliorer leur accompagnement en sortie d’affection. En effet, l’état de santé des personnes en ALD peut s’améliorer et ne plus nécessiter de traitements actifs. Cependant, un suivi médical peut continuer d’être nécessaire, pour des examens de biologie par exemple (notamment dans le cas des cancers après guérison). Ainsi, à la fin de la période accordée par le protocole de soins initial, l’assuré qui se trouve dans un état de santé qui, au regard des recommandations de la Haute autorité de santé, ne requiert plus aucun traitement, peut se voir proposer par le service du contrôle médical ou par son médecin traitant sur prescription un suivi post-ALD pour une durée de 5 ans.

c) Autres options possibles

Pas d’autre option envisagée.

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

La mesure ouvre droit à la prise en charge de prestations aujourd’hui non reconnues par l’Assurance maladie obligatoire, une mesure en loi de financement de la sécurité sociale est donc nécessaire.

En application du b) du 1^{er} de l’article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, cette mesure a sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où elle a un effet sur les dépenses de l’année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l’article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l’Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d’un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l’Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L’article 48 du Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu’éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l’égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l’homme (CEDH) ?

Il n’existe pas de règlement ou de jurisprudence s’appliquant spécifiquement à cette mesure et de manière générale, celle-ci n’est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Création d’une section 15 au sein du chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Modification de l’article L. 160-8 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L’impact financier de la mesure sera dépendant de l’avis rendu par la Haute autorité de santé concernant les critères et les pathologies permettant l’accès à ce nouveau panier de prestations d’accompagnement. Il dépendra également du panier de soins qui sera défini en conséquence.

Une première estimation de la mesure peut toutefois être proposée en se fondant sur des exemples de pathologies pour lesquelles le renforcement de l’accompagnement préventif semble adapté.

Ces exemples s’appuient sur les hypothèses suivantes :

- Un panier d’accompagnement préventif composé d’un bilan fonctionnel et motivationnel d’activité physique financé à hauteur de 45€ et d’un bilan diététique financé à hauteur de 45€ ;
- Une prise en charge par l’assurance maladie obligatoire à hauteur de 60% (ticket modérateur de 40%).

Exemple de l’hypertension artérielle (HTA) :

En 2023, 7,5 millions d’assurés sont traités par antihypertenseurs en prévention du risque vasculaire (c’est-à-dire qu’ils ne sont atteints ni d’autre pathologie cardiovasculaire, ni d’insuffisance rénale chronique terminale, ni de diabète) dont 33% (2,5 millions) bénéficient du statut d’ALD.

Cependant, seuls 55% des hypertendus connaissent leur diagnostic, moins de la moitié sont traités, et moins d’un quart ont une pression artérielle contrôlée. Ainsi, bien que la prévention et la prise en charge de l’HTA soient possibles, de nombreux hypertendus échappent au dépistage et quand ils sont diagnostiqués ne sont le plus souvent pas contrôlés. De ce fait, ils présentent des risques importants de complications graves. De nombreux cas de maladies cardiovasculaires, de maladies rénales chroniques et de démences sont attribuables à la prévalence élevée d’HTA¹.

Le coût de la mesure peut être estimé à 54M€ sur la base d’une hypothèse de 20% des 5 millions de patients hypertendus n’étant pas en ALD.

Ce chiffrage ne tient pas compte des économies générées par le décalage de l’entrée en ALD ou de l’aggravation de la pathologie. Ces coûts évités sont difficiles à estimer.

Exemple du diabète :

Aujourd’hui, les critères d’entrée en ALD diabète, qu’il soit de type 1 ou de type 2, sont définis par constatation à deux reprises au moins d’une glycémie à jeun supérieure ou égale à 7 mmol/l (1,26 g/l) dans le plasma veineux.

Si les saisines de la HAS conduisaient à revoir les critères d’admission en ALD pour cette pathologie, les personnes atteintes de diabète de type 2 et de niveau de sévérité 1 (patients sans insulinothérapie) pourraient basculer dans le champ de l’accompagnement préventif, et ainsi bénéficier des nouvelles prestations prises en charge. Cela pourrait concerner 1,5M de personnes.

L’impact financier de la mesure peut être estimé de la manière suivante :

1

https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/12/2025_12_1.html#:~:text=En%202021%2C%20l%27HTA%20a,millions%20de%20journ%C3%A9es%20d%27hospitalisation.

Article 19 – Prévenir l’augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d’accompagnement préventif dédiées

- Coût du nouveau panier de prestations d’accompagnement préventif : 40,5M€ sur la base d’un taux de recours de 50% ;
- Economie liée à la fin de prise en charge intégrale des soins (sortie de l’ALD) : 514M€.

Soit une économie de 473M€.

Ce chiffrage ne tient pas compte des économies générées par le décalage temporel de l’aggravation de la pathologie (au total, environ 265 000 patients diabétiques de type 2 évoluent en sévérité d’une année sur l’autre¹). Ces coûts évités sont difficiles à estimer.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie	0	0	0	HTA : -54M€ Diabète : +473M€	HTA : -54M€ Diabète : +473M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Cette mesure permet d’améliorer l’accès des assurés à la santé et la prise en charge de leurs facteurs de risque.

• Impact sur les jeunes

Les jeunes sont concernés par la mise en place des parcours dans la mesure où ces derniers peuvent souffrir des pathologies mentionnées et peuvent être concernés par une prise en charge précoce et préventive. De fait, la création de ces parcours améliore l’accessibilité à la santé pour cette catégorie de la population.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap sont concernées par la mise en place des parcours dans la mesure où ces derniers peuvent souffrir des pathologies mentionnées et peuvent être concernés par une prise en charge précoce et préventive.

c) impacts sur l’environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

¹ https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf

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

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

Cette mesure permettra aux assurés de bénéficier de nouvelles prises en charges via le déploiement de ce nouveau statut. La mesure ne crée pas de charges administratives supplémentaires.

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

La mesure sera gérée par les caisses de sécurité sociale.

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

L'impact sur les régimes obligatoires de base, notamment en matière de développement SI et de frais de gestion, sera important.

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 nécessite plusieurs textes d'application :

- un décret, après avis HAS, fixant les critères médicaux et la liste des pathologies permettant aux assurés de bénéficier de ce panier de soins préventif (12 à 18 mois pour le rendu de l'avis) ;
- un décret précisant la procédure d'admission des assurés dans ce nouveau statut ;
- un arrêté définissant le parcours d'accompagnement préventif (6 mois).

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'impact sur les régimes obligatoires de base, notamment en matière de développement SI et de frais de gestion, sera fonction du champ de la mesure.

La mesure a un impact important pour les SI de l'Assurance Maladie car elle nécessite des évolutions tant des SI de gestion des droits et de délivrance des prestations de l'Assurance Maladie que de ceux du service du contrôle médical.

Elle a également un impact sur le service du contrôle médical.

Elle nécessitera une campagne d'information des professionnels de santé ainsi que des assurés concernés, ainsi qu'un accompagnement de ces derniers dans l'appropriation de ce nouveau dispositif.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés directement par l'Assurance maladie et par leur médecin.

d) Suivi de la mise en œuvre

Nombre de patients intégrant le parcours de suivi préventif

Nombre de structures proposant le parcours

Nombre de prestations financées

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Sans objet	Article L. 162-63 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Section 15 – Prise en charge de prestations d’accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d’une pathologie à risque d’évolution vers une affection de longue durée Article L.162-63 Les assurés sociaux souffrant d’une pathologie à risque d’évolution vers une affection relevant des 3° et 4° de l’article L.160-14, inscrite sur une liste suivant des critères définis par décret après avis de la Haute autorité de santé peuvent bénéficier d’un parcours d’accompagnement préventif sur prescription médicale. La prescription médicale du parcours d’accompagnement préventif est adressée pour avis au service du contrôle médical de la caisse d’assurance maladie dont relève l’assuré. A défaut d’observation dans un délai fixé par voie réglementaire, l’avis est réputé favorable. Le directeur de l’organisme notifie à l’assuré et à son médecin traitant la décision statuant sur son admission dans le parcours d’accompagnement préventif. Ce parcours d’accompagnement préventif peut être organisé sous la forme d’un parcours coordonné renforcé mentionné à l’article L. 4012-1 du code de la santé publique dans des conditions fixées par décret en Conseil d’Etat.
Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale (avant modification)	Article L. 160-8 du code de la sécurité sociale (modifié)
La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l’article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d’appareils, des frais d’examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d’investigation individuels, des frais d’hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d’éducation professionnelle, des frais des séances d’accompagnement psychologique mentionnées à l’article L. 162-58, ainsi que des frais d’interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d’examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l’obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l’état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d’Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d’hospitalisation afférents à l’interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes	La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l’article L. 111-2-1 comporte : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d’appareils, des frais d’examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d’investigation individuels, des frais d’hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d’éducation professionnelle, des frais des séances d’accompagnement psychologique mentionnées à l’article L. 162-58, ainsi que des frais d’interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d’examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l’obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l’état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d’Etat ; 3° (Abrogé) ; 4° La couverture des frais de soins et d’hospitalisation afférents à l’interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ; 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes

mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 5° bis La couverture des frais relatifs aux actes et aux traitements mentionnés à l'article L. 1411-6-4 du même code ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 6° bis La couverture des frais relatifs aux examens de repérage des troubles du neuro-développement mentionnés à l'article L. 2132-2-2 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre ; 9° La couverture des frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ; 10° La couverture des frais relatifs au parcours mentionné à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique ; 11° La couverture des frais relatifs aux différentes catégories de protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 pour les personnes assurées ayant leurs menstruations âgées de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1. Les produits, les prestations et les actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé en application de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés à l'article L. 6316-2 du même code ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient.	mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-6-2 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; 5° bis La couverture des frais relatifs aux actes et aux traitements mentionnés à l'article L. 1411-6-4 du même code ; 6° La couverture des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du même code ; 6° bis La couverture des frais relatifs aux examens de repérage des troubles du neuro-développement mentionnés à l'article L. 2132-2-2 du même code ; 7° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code. 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre ; 9° La couverture des frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique et à l'article L.162-63 du présent code ; 10° La couverture des frais relatifs au parcours mentionné à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique ; 11° La couverture des frais relatifs aux différentes catégories de protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 pour les personnes assurées ayant leurs menstruations âgées de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1. Les produits, les prestations et les actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé en application de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés à l'article L. 6316-2 du même code ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient.

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

La vaccination des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, ainsi que des professionnels de la petite enfance, contre les maladies contagieuses répond à des enjeux majeurs de protection individuelle et collective. En l'état du droit applicable, la vaccination est obligatoire pour les professionnels cités à l'article L. 3111-4 du CSP pour cinq maladies : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B et la grippe saisonnière. Par décret du 14 octobre 2006, l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière a été suspendue.

La Haute Autorité de santé (HAS) a actualisé les obligations et recommandations vaccinales des professionnels dans deux avis du 29 mars et du 27 juillet 2023.

Compte tenu de ces avis, la présente mesure propose :

1/ de rendre obligatoire la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) à certains professionnels.

En effet, le fardeau de la rougeole est important en France et il existe un risque élevé de transmission aux personnes non immunisées (notamment les nourrissons de moins de 12 mois n'entrant pas dans les recommandations vaccinales françaises). Ainsi, entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2025, 658 cas de rougeole ont été déclarés, soit un total dépassant déjà de plus de 35 % le nombre de cas déclarés en 2024 (483 cas). Au surplus, des études menées par Santé publique France indiquent que les professionnels de santé sont impliqués dans 75 à 83 % des cas nosocomiaux de rougeole. Cette nouvelle obligation vise les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire et médico-social et les professionnels de la petite enfance, dont les assistants maternels exerçant à domicile.

2/ de rendre obligatoire la vaccination contre la grippe saisonnière pour les professionnels de santé libéraux et pour les résidents des EHPAD, sous réserve d'une recommandation préalable de la HAS en ce sens.

Lors de la campagne 2023-2024, les taux de couverture des professionnels de santé étaient très insuffisants, avec seulement 19 % d'entre eux qui étaient vaccinés en établissements de santé et 22,4 % en EHPAD. Par ailleurs, les résidents d'EHPAD étant particulièrement vulnérables aux formes graves de grippe, l'opportunité d'introduire une obligation vaccinale en leur direction mérite d'être posée.

Ainsi, la HAS a été saisie pour actualiser sa recommandation datant de 2023 concernant l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière pour les professionnels de santé, y compris les professionnels libéraux, et pour se prononcer sur l'obligation de vaccination contre la grippe des résidents d'EHPAD. Ses recommandations sont attendues d'ici la fin du premier trimestre 2026.

En conséquence, l'intervention du législateur est nécessaire pour :

- Rendre obligatoire l'immunisation contre la rougeole chez les étudiants et professionnels des secteurs sanitaire et médico-social et pour les professionnels de la petite enfance ;
- Intégrer les professionnels de santé libéraux dans le périmètre de l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière dans l'éventualité d'une recommandation de la HAS en faveur de la mise en place d'une telle obligation vaccinale. En cas d'avis défavorable de la HAS, un décret au titre de l'article L. 3111-1 du CSP sera pris pour suspendre ces obligations ;
- Rendre obligatoire la vaccination contre la grippe saisonnière pour les résidents en EHPAD.

- Renforcer le pilotage et le financement des centres de vaccination par les ARS

La loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 a confié à l'Etat la responsabilité de l'activité de vaccination, jusque-là dévolue aux collectivités territoriales (départements, communes). L'objectif de cette loi était de garantir l'application sur l'ensemble du territoire national d'une même politique de prévention et de soins.

La possibilité a néanmoins été laissée aux collectivités territoriales qui le souhaitent de conserver la gestion des centres de vaccination

Au 1^{er} janvier 2025, 31 conseils départementaux assuraient encore cette gestion. Les conseils départementaux d'Ille-et-Vilaine et de Haute-Savoie ont manifesté, avant le 30 juin 2025 (N-1), leur intention de se désengager en 2026 (année N). Le transfert financier correspondant sera réalisé dans les textes budgétaires pour 2026.

A l'instar de ce qui a été fait, d'abord pour les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des IST-VIH (CeGIDD) en 2015, puis pour les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est proposé de confier l'ensemble des leviers organisationnels et financiers des activités de prévention et de promotion de la santé (santé sexuelle, lutte contre la tuberculose, vaccination) aux ARS. La mesure proposée vise à renforcer le pilotage de l'activité de vaccination au niveau régional en simplifiant et en harmonisant le circuit de financement des centres de vaccination, à partir de 2027, pour en confier le pilotage unique aux ARS en faisant porter intégralement par le fonds d'intervention régional (FIR) le financement des centres de vaccination.

Les collectivités territoriales qui le souhaitent pourront continuer à gérer les centres de vaccination *via* une habilitation qui sera donnée par les ARS.

L'intervention du législateur est nécessaire pour :

- D'une part, unifier le régime législatif d'autorisation des centres de vaccination afin d'en confier la compétence exclusive aux ARS *via* une habilitation ;
- D'autre part, simplifier le financement en transférant le financement de l'ensemble des centres de vaccination vers le fonds d'intervention régional (FIR) en opérant par une mesure de périmètre le transfert vers les comptes de la sécurité sociale des crédits dévolus au financement des centres de vaccination sur la dotation globale de fonctionnement (DGF) des départements, les crédits consacrés par les communes à cette activité à partir de la dotation générale de décentralisation (DGD) étant impossibles à isoler et donc à retracer. Cette mesure de transfert financier (abattement de la DGD et abondement à due concurrence du FIR) interviendra dans le cadre du projet de loi de financement pour 2027.

- **Limiter l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

Actuellement, en application des textes législatifs et réglementaires en vigueur, la vaccination contre les méningocoques ACWY et B est obligatoire pour tous les nourrissons entre 0 et 2 ans depuis le 1^{er} janvier 2025.

Actualisées en mars 2025, les recommandations de la HAS prévoient un rattrapage transitoire des enfants entre 2 et 5 ans. L'article 38 de la LFSS 2024 n'ayant pas précisé à quelle cohorte la nouvelle obligation vaccinale contre les méningocoques B et ACWY s'applique, l'intégration de ces recommandations transitoires dans le calendrier des vaccinations rendrait en pratique la vaccination obligatoire jusqu'à 5 ans, et donc exigible jusqu'à cet âge pour le maintien en collectivité. Cet effet induit paraît particulièrement contraignant, peu réalisable d'un point de vue opérationnel et inutilement coûteux au regard du très faible impact attendu en termes de cas évités selon les modélisations actuelles. Plus largement, cette mesure vise à éviter la rétroactivité automatique en cas d'extension de l'âge du rattrapage vaccinal.

L'intervention du législateur est donc nécessaire pour modifier le cadre juridique actuel (article 38 III de la LFSS pour 2024) afin d'éviter que toute évolution des recommandations vaccinales relatives aux méningocoques entraîne, y compris de manière rétroactive, une modification des obligations vaccinales.

b) Mesure proposée

- **Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière**

Cette mesure consiste tout d'abord à modifier les dispositions de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique définissant les obligations d'immunisation (infection ou vaccination) de certains professionnels de santé. Ainsi, la mesure législative crée une obligation d'immunisation contre la rougeole pour les professionnels et étudiants des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ainsi que les professionnels de la petite enfance. Un décret en Conseil d'Etat fixera la liste des professions, des établissements, des services et des activités concernés par cette obligation.

En outre, la mesure vise également à inclure les professionnels de santé libéraux dans le périmètre des professionnels soumis à des obligations vaccinales pour la grippe saisonnière. Un décret en Conseil d'Etat fixera la liste des professions soumises à cette obligation ainsi que les conditions dans lesquelles cette obligation s'appliquera en fonction de l'exposition aux risques de contamination.

La mesure vise également à imposer une attestation de vaccination contre la grippe saisonnière pour les personnes résidant en EHPAD, en créant un nouvel article L. 3111-2-1 au code de la santé publique. Un décret en Conseil d'Etat définira les conditions de mise en œuvre de cette obligation.

- **Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS**

Cette mesure prévoit d'unifier et simplifier les modes de fonctionnement des centres de vaccination sur l'ensemble du territoire, en instaurant un financement de l'ensemble des centres de vaccination par le fonds d'intervention régional (FIR)

et en opérant le transfert des crédits correspondant aux centres de vaccination encore financés sur la DGF du programme 119 (« Concours financiers aux collectivités territoriales et à leurs groupements ») vers le sous-objectif de l'ONDAM correspondant. Le montant des crédits à prévoir en PLFSS pour l'année 2027 s'élèverait à 18,3 M€. Ce montant correspond au budget consacré par les départements encore engagés à l'activité de vaccination en 2025, après déduction des sommes actuellement consacrées par les départements d'Ille-et-Vilaine et de Haute-Savoie qui font l'objet d'une mesure de périmètre du budget de l'Etat vers le budget de la sécurité sociale dès 2026. Cela nécessite une modification du code de la santé publique (article L. 3111-11 du CSP).

Enfin, la mesure fixe le calendrier d'application de ce transfert de gestion au 1^{er} janvier 2027. A ce titre, il est prévu un régime de transition pendant l'année 2026. Durant cette période, les collectivités territoriales seront invitées à faire savoir avant le 30 juin 2026 si elles entendent poursuivre une activité de vaccination sous le régime de l'habilitation avec un financement FIR correspondant. Le cas échéant, les agences régionales de santé seront amenées à habilitier les structures de vaccination des collectivités territoriales pour application et mise en œuvre du financement via le FIR à compter du 1^{er} janvier 2027. Les conventions en vigueur seront, selon les cas, prorogées jusqu'au 31 décembre 2026, ou interrompues à cette date. Si les collectivités territoriales ne souhaitent pas poursuivre cette activité de vaccination ou si l'ARS décide de ne pas faire droit à leur demande d'habilitation, les ARS mettront à profit l'année 2026 pour habilitier d'autres structures en vue d'assurer la continuité de l'activité de vaccination à compter du 1^{er} janvier 2027. Pour les centres de vaccination actuellement habilités, et ne dépendant pas à ce titre d'une collectivité territoriale, aucun changement dans le régime applicable n'est à prévoir.

- **Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

La mesure vise à modifier l'article 38 de la LFSS 2024, en modifiant la date d'application prévue au III de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, c'est-à-dire pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2023.

c) Autres options possibles

- **Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière**

Il pourrait être envisagé de renforcer les campagnes de communication ciblée pour ces publics. Toutefois, cela ne permettrait pas d'augmenter substantiellement la couverture vaccinale des professionnels et donc d'améliorer leur protection ainsi que celle de leurs patients ou des jeunes enfants à leur contact. En effet, l'adhésion de ces derniers aux vaccins recommandés est limitée avec des résultats des campagnes qui restent pour la plupart insuffisants pour répondre aux objectifs de santé publique.

- **Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS**

Atteindre un pilotage complètement unifié de l'activité de vaccination sur la seule base des dispositions de la loi de 2004 impliquerait d'attendre le désengagement de chacun des 30 conseils départementaux précités dans l'activité de vaccination. Compte tenu du rythme irrégulier de désengagement sur la base du volontariat qui se situe entre 1 et 2 par an, le calendrier d'achèvement reste incertain et pourrait n'être jamais atteint.

- **Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

Néant.

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

Les dispositions de la présente mesure ont leur place en loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1^o de l'article LO111-3-8 du CSS car elles ont un effet sur les dépenses d'assurance maladie :

- Les nouvelles obligations vaccinales auront un impact sur les dépenses de l'année 2026 et des années ultérieures des régimes obligatoires de base en augmentant le volume de vaccins pris en charge par l'assurance maladie et en diminuant les hospitalisations évitables ;
- S'agissant du pilotage et du financement des centres de vaccination par les ARS, la mesure proposée induit une charge pour l'assurance maladie, et plus particulièrement sur les dépenses du FIR, de manière pérenne (compte tenu de la nécessité de prévoir législativement une phase de transition, cet impact financier interviendra en 2027) ;
- La limitation de l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023 aura un impact sur les dépenses de santé de l'année 2026 et suivantes en diminuant le périmètre de la cohorte soumise à l'obligation vaccinale et donc aux dépenses en vaccins pris en charge par l'assurance maladie.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à cette mesure et de manière générale, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

- **Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière**

L'article L. 3111-4 du code de la santé publique est modifié, un nouvel article L. 3111-2-1 est créé au même code.

- **Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS**

Les articles L. 1432-2 et L. 3111-11 du code de la santé publique, et L. 174-16 du code de la sécurité sociale sont modifiés.

- **Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

Modification d'une mesure législative non codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Pour les deux mesures :

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure applicable

<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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

- **Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière**

Cette mesure a un impact financier favorable à terme puisqu'elle permettra d'éviter à la fois des consultations médicales, des hospitalisations et des arrêts de travail. Il n'est toutefois pas possible à ce jour, sur la base des données disponibles analysées par la HAS, d'estimer de façon pertinente les coûts évités à long terme par la mise en œuvre de ces obligations compte tenu des incertitudes à la fois sur la couverture vaccinale, l'évolution de l'épidémiologie de ces maladies et les coûts directs et indirects associés à leur prise en charge. A court terme, elle implique des dépenses d'assurance maladie pour couvrir la prise en charge de droit commun des vaccinations supplémentaires occasionnées par les obligations vaccinales.

S'agissant de la vaccination rougeole (ROR) :

- Prix public 2 doses : 30 €, dont 65 % pris en charge en droit commun, soit un coût de 19,5€
- Publics concernés :
 - Étudiants des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques : 70 000
 - Professionnels médico-sociaux 10 000 (102 000 professionnels dans ce secteur en poste, estimation de 10% de nouveaux embauchés)¹
 - Professionnels de la petite enfance : 55 000 (15 000 nouveaux embauchés, et 40 000 changements de poste dans l'année).

Soit 135 000 professionnels par an sont concernés par la mesure. En tenant compte des antécédents de rougeole et de la couverture vaccinale contre la rougeole, la proportion des professionnels restant à vacciner contre la rougeole dans les établissements de santé en France est estimée à 15 % (11 % chez les moins de 40 ans et 18 % chez les plus de 40 ans (recommandations HAS, 2023) ², dont une estimation de 85 %³ déjà immunisés contre le ROR : 20 250. L'impact annuel de la mesure serait ainsi de 395 000 €/an (20 250 x 19,50€).

S'agissant de la vaccination grippe saisonnière :

Prix public :

- Pour les professionnels : 13€⁴, dont 65% pris en charge par l'AMO dans les conditions de droit commun, soit un coût de 8,50€
- Pour les résidents EHPAD : 30€ (prise en charge à 100 %)

Publics concernés :

- Étudiants des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques : 70 000
- Les professionnels de santé libéraux (flux et stock) : 350 000
- Les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux (flux et stock) : 1 000 000⁵ (pour le sanitaire), 500 000 ⁶ (pour le médico-social) : 1 500 000

¹ Enquête ES-Handicap de 2022, DREES

² Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels - Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, validée par le collège le 27/07/2023

³ Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels - Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, validée par le collège le 27/07/2023

⁴ Base de Données Publiques du Médicaments

⁵ Les effectifs salariés du secteur hospitalier de 2003 à 2023 : nouvelles données disponibles | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

⁶ Effectifs et caractéristiques des professionnelles du social | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Résidents d'EHPAD : 600 000¹ résidents dont 83 % sont vaccinés annuellement². Pour une couverture vaccinale à 100 %, il reste 17 %, soit 102 000 résidents en EHPAD à vacciner.

Soit 1 920 000 professionnels par an et 102 000 résidents par an sont concernés par la mesure. L'impact financier annuel est ainsi de 19,4 M€ par an (1 920 000 x 8,50€) + 102 000 x 30€).

- **Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS**

La mesure concernant les centres de vaccination, si elle n'a pas d'impact financier toutes administrations publiques, puisqu'elle constitue un transfert Etat-Sécurité sociale, représente une mesure de périmètre qui impliquera une dépense nouvelle pour l'assurance maladie. Ce transfert de l'Etat vers l'assurance maladie fera l'objet d'une compensation. La mesure de périmètre sera effectuée dans le cadre du projet de loi de finances pour 2027.

- **Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

La limitation de l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023 aura un impact sur les dépenses de santé de l'année 2026 et suivantes en diminuant le périmètre de la cohorte soumise à l'obligation vaccinale et donc aux dépenses en vaccins pris en charge par l'assurance maladie, néanmoins complexe à chiffrer.

Impact global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)		Impact financier en droits constatés (en M€)				
		Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
		Coût ou moindre recette (signe -)				
		2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS						
- Maladie	Centres de vaccination				-18,3 M€	-18,3 M€
	Rougeole			-0,4 M€	-0,4 M€	-0,4 M€
	Grippe saisonnière			-19,4 M€	-19,4 M€	-19,4 M€
(Autre : Etat, etc.)					+18,3 M€	+18,3 M€

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

a) Impacts économiques

- **Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière**

Le fardeau de la grippe saisonnière est documenté par plusieurs études, s'agissant de son impact sanitaire direct mais aussi indirectement économique, avec un absentéisme accru, une baisse de la productivité et des décès prématurés, quoique non chiffrable précisément compte tenu des incertitudes sur le niveau de couverture vaccinale et des évolutions de la situation épidémiologique.

- **Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS**

Cette mesure permettra de renforcer l'efficacité de la politique vaccinale en confiant le pilotage à un seul acteur qu'est l'ARS. Des mesures de mutualisation et/ou de réorganisation des activités et des campagnes de communication pourront en améliorer l'efficacité.

¹ Enquête EHPA de 2019, DREES

² Enquête déclarative, participation 1 422 EHPAD sur ~7000 en France ; 2 Enquête déclarative, participation 1 984 EHPAD sur ~7000 en France

- Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023

Sans objet.

b) Impacts sociaux

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

Ces obligations vaccinales permettent de protéger à la fois les professionnels, les personnes âgées et les personnes les plus fragiles (personnes immunodéprimées, enfants, ...).

- Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS

Cette réforme permettra une amélioration de la lisibilité de l'organisation de la politique vaccinale à l'échelle régionale et une offre vaccinale plus harmonisée dans les différents territoires de la région dans l'objectif de lutter contre les inégalités territoriales de santé. Le renforcement du pilotage de l'activité de vaccination par l'ARS permettra d'améliorer la coordination des acteurs et in fine le parcours des usagers. Ce pilotage unique de la politique vaccinale par l'ARS lui permettra d'envisager des rapprochements de structures pouvant générer des économies d'échelle sur l'offre de politique vaccinale. De plus, des synergies et des mutualisations seront facilitées grâce à cette vision globale de l'ARS sur l'ensemble de la politique de prévention régionale notamment en matière de santé sexuelle, de lutte contre la tuberculose et de vaccination.

- Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

Cette mesure de santé publique aura un impact majeur sur la santé des étudiants en santé, elle contribuera à protéger les enfants et les jeunes qui sont les classes d'âges les plus touchées par la rougeole (15% des cas concernent les enfants de 1-4 ans et 13% chez les jeunes de 15-19 ans).

- Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS

Sans objet.

- Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023

Cette mesure aura un impact sur les jeunes enfants dans la mesure où elle ne conditionne pas l'entrée en collectivité à la vaccination contre les méningocoques ACWY et B pour les enfants né avant le 1^{er} janvier 2023.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

Sans objet.

- Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS

Sans objet.

- Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023

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

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

La mesure devrait augmenter la couverture vaccinale des étudiants et professionnels concernés. Elle prévoit dans ce cadre une prise en charge des vaccins.

- Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS

Cette réforme permettra une amélioration de la lisibilité de l'organisation de la politique vaccinale à l'échelle régionale et une offre vaccinale plus harmonisée dans les différents territoires de la région dans l'objectif de lutter contre les inégalités territoriales de santé. Le renforcement du pilotage de l'activité de vaccination par l'ARS permettra d'améliorer la coordination des acteurs et *in fine* le parcours des usagers.

- Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023

Cette mesure aura un impact sur les jeunes enfants dans la mesure où elle ne conditionne pas l'entrée en collectivité à la vaccination contre les méningocoques ACWY et B pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2023.

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

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

Des dispositifs de communication adaptés à chaque profession concernée seront préparés pour expliciter les modalités et le rationnel scientifique de ces obligations.

Des outils d'informations et d'aide au contrôle sur les vaccinations concernées seront mis à disposition pour les écoles et les facultés des étudiants concernés pour faciliter le contrôle de ces immunisations.

- Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS

Dans le cadre d'un pilotage unique de la politique vaccinale par l'ARS, celle-ci pourra envisager des rapprochements de structures et des économies d'échelle et proposer, au sein d'une même structure, une offre large de prévention, par exemple, en matière de santé sexuelle, lutte contre la tuberculose et lutte contre les maladies à prévention vaccinale.

- Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023

Néant.

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

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

- Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS

La mesure ne devrait pas avoir d'impact sur l'emploi dans les ARS. Elle devrait simplifier le processus de décision en plaçant les ARS comme autorité de tarification et d'habilitation unique.

- Limitier l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023

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.

- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière

Les textes d'application suivants devront être pris dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la mesure :

- un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé, fixant les catégories de professions de santé concernées et les conditions d'exercice auxquelles s'applique l'obligation de vaccination contre la grippe ;
- un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé, fixant la liste des professions, des étudiants, des établissements et services et des activités, soumis à l'obligation d'immunisation contre la rougeole.

Des concertations et consultations sont à prévoir avec les caisses de sécurité sociale, les ordres professionnels et les représentants des employeurs des personnels de la petite enfance pour déterminer les conditions d'application et de contrôle de ces obligations.

- Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS

- Décret simple relatif à l'habilitation des centres de vaccination (modifiant les articles D. 3111-22 et suivants) ;
 - Arrêté relatif aux contenus de la demande d'habilitation et du rapport d'activité et de performance (modifiant les arrêtés de 2005 et 2010 en vigueur) ;
 - Concertations/consultations à prévoir : Caisses nationales de sécurité sociale et Conseil national d'évaluation des normes.
- **Limiter l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

Néant.

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

- **Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière**

Néant.

- **Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS**

Une mesure transitoire est prévue avec maintien du financement actuel. Mise en œuvre de la réforme au 1^{er} janvier 2027 au plus tard.

- **Limiter l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

Néant.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

- **Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière**

Suivi des couvertures vaccinales, et accompagnement des ordres professionnels et des employeurs pour le contrôle des nouvelles obligations.

- **Renforcer le pilotage et financement des centres de vaccination par les ARS**

L'évolution du dispositif sera accompagnée d'une modification du rapport annuel d'activité des centres de vaccination avec des indicateurs en relation avec les missions de ces structures.

- **Limiter l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2023**

Suivi des couvertures vaccinales, assistance auprès des collectivités gérant des établissements scolaires pour bonne application.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L1431-2 du code de la santé publique avant modification	Article L1431-2 du code de la santé publique après modification
Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des particularités de chaque région et des besoins spécifiques de la défense : 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile, et le protocole prévu à l'article L. 6147-11. A ce titre : a) Elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ; b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la défense, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ; c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ; d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation ; 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé. A ce titre : a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie,	Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des particularités de chaque région et des besoins spécifiques de la défense : 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile, et le protocole prévu à l'article L. 6147-11. A ce titre : a) Elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ; b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la défense, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ; c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ; d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation ; 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé. A ce titre : a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie,

ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code. Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ; b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3 ainsi que des établissements et services médico-sociaux au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect du cahier des charges mentionné au I de l'article L. 14-10-5 du même code ; c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-2 et en évaluent l'efficacité ; (...)	ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code. Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ; b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3 ainsi que des établissements et services médico-sociaux au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect du cahier des charges mentionné au I de l'article L. 14-10-5 du même code ; c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles pilotent l'activité de vaccination, elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-2 et en évaluent l'efficacité ; (...)
Article L1432-2 du code de la santé publique avant modification	Article L1432-2 du code de la santé publique après modification
Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité. Le cas échéant, il exerce sur l'ensemble du territoire national les attributions qu'un décret pris en application du second alinéa de l'article L. 1431-3 a confiées à l'agence régionale de santé qu'il dirige. Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil d'administration, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique. Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique. Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier. Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1. Il arrête, après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, le plan pluriannuel régional de gestion du risque prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.	Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité. Le cas échéant, il exerce sur l'ensemble du territoire national les attributions qu'un décret pris en application du second alinéa de l'article L. 1431-3 a confiées à l'agence régionale de santé qu'il dirige. Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil d'administration, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique. Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique. Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier. Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1. Il arrête, après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, le plan pluriannuel régional de gestion du risque prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.

Il arrête les contrats types régionaux prévus à l'article L. 162-14-4 du même code et peut conclure, avec le représentant des régimes d'assurance maladie mentionné au II du même article L. 162-14-4 et chaque professionnel de santé ou centre de santé établi dans le ressort de l'agence, des contrats conformes à ces contrats types. Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'Etat, les conventions prévues aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-2 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-18. Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5. Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer sa signature.	Il arrête les contrats types régionaux prévus à l'article L. 162-14-4 du même code et peut conclure, avec le représentant des régimes d'assurance maladie mentionné au II du même article L. 162-14-4 et chaque professionnel de santé ou centre de santé établi dans le ressort de l'agence, des contrats conformes à ces contrats types. Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'Etat, les conventions prévues aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 à l'article L. 1423-2 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-2 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-18. Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5. Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer sa signature.
Article L3111-4 du code de la santé publique avant modification	Article L3111-4 du code de la santé publique après modification
Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe. Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde. Un arrêté des ministres chargés de la santé et du travail, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les catégories d'établissements et organismes concernés. Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice de professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article. Les établissements ou organismes employeurs ou, pour les élèves et étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription, prennent à leur charge les dépenses entraînées par ces vaccinations. Les conditions de l'immunisation prévue au présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et compte tenu, en particulier, des contre-indications médicales.	I. - Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe. Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde. Un arrêté des ministres chargés de la santé et du travail, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les catégories d'établissements et organismes concernés. Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article. Les établissements ou organismes employeurs ou, pour les élèves et étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription, prennent à leur charge les dépenses entraînées par ces vaccinations. II. – Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, une profession listée dans un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé, doivent être vaccinés contre la grippe.

	Ce décret précise les conditions d'exercice des professions de santé qu'il énumère auxquelles s'applique l'obligation vaccinale, en fonction de l'exposition à des risques de contamination qu'elles induisent pour les professionnels ou pour les personnes dont ils sont chargés. III. – Les personnes exerçant une profession de santé ou mentionnée au livre IV du code de l'action sociale et des familles, listées dans un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé doivent, sauf contre-indication médicale reconnue, être immunisées contre la rougeole. La même obligations s'applique, sous la même réserve, aux personnels des établissements de santé et des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles assurant l'accueil, la prise en charge ou l'accompagnement d'enfants, ainsi qu'aux personnels des établissements d'accueil des enfants de moins de six ans au sens de l'article L.2324-1 du présent code. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé fixe la liste des professions, des établissements et services et des activités, soumis à cette obligation, compte tenu des risques particuliers encourus, en cas d'exposition à la rougeole, par les personnes immunodéprimées et les jeunes enfants. Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice de professions figurant dans le décret en Conseil d'Etat mentionné aux premier et deuxième alinéas doit être immunisé contre la rougeole. Lorsque la vaccination d'une personne à laquelle s'applique l'obligation d'immunisation est nécessaire, elle est réalisée, en l'absence de vaccin monovalent contre la rougeole, avec un vaccin trivalent associant rougeole, oreillons et rubéole. » ; IV. - Les conditions de l'immunisation prévue au présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et compte tenu, en particulier, des contre-indications médicales.
	Nouvel article L.3111-2-1 du code de la santé publique
	Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, la vaccination contre la grippe est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, pour les personnes résidant dans l'un des établissements mentionnés au I du L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles pendant la période épidémique. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé, définit les conditions de mise en œuvre de cette obligation.
Article L 3111-11 du code de la santé publique avant modification	Article L 3111-11 du code de la santé publique après modification
Les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites. Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine. Les vaccinations réalisées en application de cette convention sont gratuites.	I. – Le directeur général de l'agence régionale de santé habilite, en fonction des besoins identifiés au niveau régional, un ou plusieurs centres de vaccination qui procèdent gratuitement à des vaccinations. Les collectivités territoriales qui mettent en œuvre une telle activité de vaccination peuvent être habilitées à ce titre. II. – Les centres de vaccination participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale. A ce titre, ils assurent : 1° Une activité de vaccination à titre gratuit, dans le respect du calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 ; 2° Une activité de promotion de la vaccination, notamment par des actions d'information à destination de la population ;

Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, dans les conditions prévues au titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale. La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code. Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 dudit code.	3° Des activités de sensibilisation et de formation à la vaccination à destination des professionnels du secteur sanitaire et médicosocial. Ils contribuent en outre à l'orientation des usagers dans le système de soins. Les centres de vaccination peuvent exercer leurs missions en dehors de leurs structures. III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I sont intégralement prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale. IV. – Selon les modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte des établissements, organismes et collectivités territoriales habilités, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à être administrés dans les centres de vaccination et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.
Article L174-16 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L174-16 du code de la sécurité sociale après modification
Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique et les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique, les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code et les dépenses des centres de vaccination gérés par les établissements, organismes et collectivités territoriales habilités sur le fondement du I. de l'article L. 3111-11 du même code s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.
Article avant modification	Article après modification
III de l'article 38 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 : Le I entre en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'Etat, et au plus tard le 1er janvier 2025	III de l'article 38 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 : Le I entre en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'Etat, et au plus tard le 1^{er} janvier 2025. Il s'applique aux enfants nés à compter du 1er janvier 2023.

I. Présentation de la mesure

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

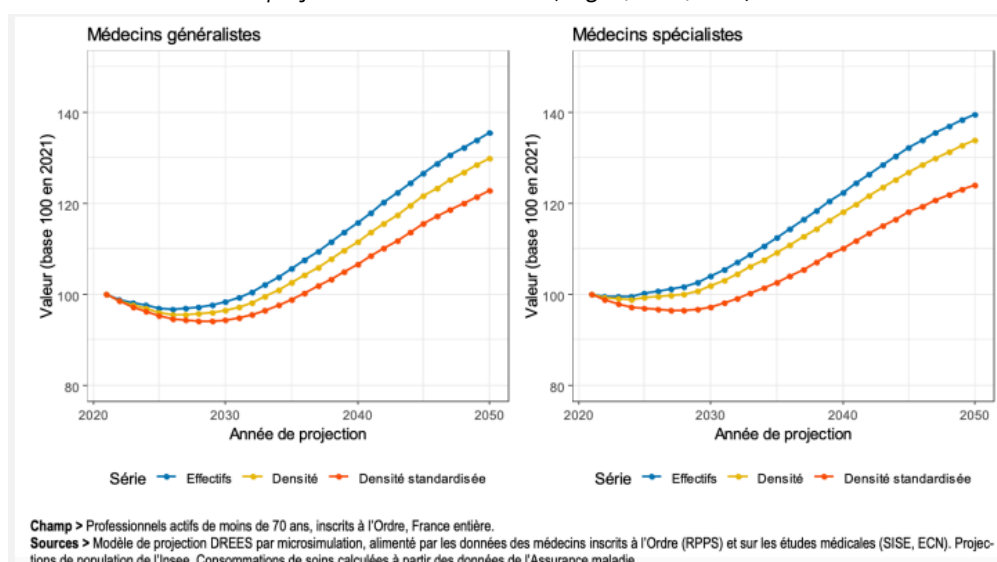
a) Problème à résoudre

Un accès aux soins qui s'est progressivement dégradé et qui appelle de nouvelles réponses

L'accès aux soins est au cœur du pacte républicain et du modèle de solidarité nationale. Or, depuis de nombreuses années, et dans de trop nombreux territoires, les inégalités d'accès à un médecin et aux soins du quotidien pèsent lourdement sur la vie des Français.

Sur le plan démographique, en particulier du fait du vieillissement de la population et de l'instauration d'un *numerus clausus* – supprimé depuis –, la France est entrée dans une décennie difficile en termes d'accès aux soins, en particulier s'agissant de l'accès à un médecin généraliste (cf. graphique de la DREES ci-dessous).

Graphique - Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, projetés entre 2021 et 2050 (Anguis, et al., 2021)



Cette évolution démographique défavorable se traduit par une dégradation progressive de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui identifie les territoires où l'accès à un médecin généraliste est le plus ardu en fonction du nombre de médecin, de leur quotité de travail, mais également des besoins de la population (âge, ALD) et des capacités de déplacement sur les territoires. Sur la base de cet indicateur, la part des zones d'intervention prioritaire (ZIP, les plus en difficulté) est passée de 18% en 2017 à 37% en 2025.

Par ailleurs, après une stagnation autour de 10%, une hausse du taux de patients sans médecin traitant avait été observé depuis 2020, ce qui a conduit les pouvoirs publics à déployer de nouvelles actions afin d'aider les patients en ALD qui n'ont pas déclaré de médecin traitant à en retrouver un. Aujourd'hui, d'après le dernier rapport « Charges et Produits 2026 » de l'Assurance maladie, la courbe du taux de patient sans médecin traitant s'est inversée : entre décembre 2022 et décembre 2024, la part des patients en ALD sans médecin traitant a baissé de 0,6 point dans la population générale et de 0,8 point chez les patients en ALD. Il apparaît impératif de poursuivre et multiplier les actions en ce sens.

Enfin, l'accès aux soins non-programmés constitue aussi un enjeu de taille pour répondre aux besoins de soins ressentis comme « semi-urgents », c'est-à-dire nécessitant un contact avec un professionnel dans les 48 heures. La réponse aux soins non-programmés ne peut passer uniquement par les services d'urgence dont le désengorgement fait office de priorité. Il convient donc de continuer à renforcer les alternatives existant en journée, via le service d'accès aux soins et aux horaires de permanence des soins ambulatoires. Par ailleurs, d'autres organisations se sont développées depuis le « Pacte de refondation des urgences » de 2019, notamment des cabinets médicaux dits de « soins immédiats » ou « centres de soins non programmés », qu'il serait bénéfique de mieux intégrer dans l'organisation de l'offre de soins.

En effet, l'absence de solution accessible, autre que les services d'urgences, à des besoins de soins ressentis comme « urgents » par les patients renforce le sentiment de difficulté d'accès aux soins.

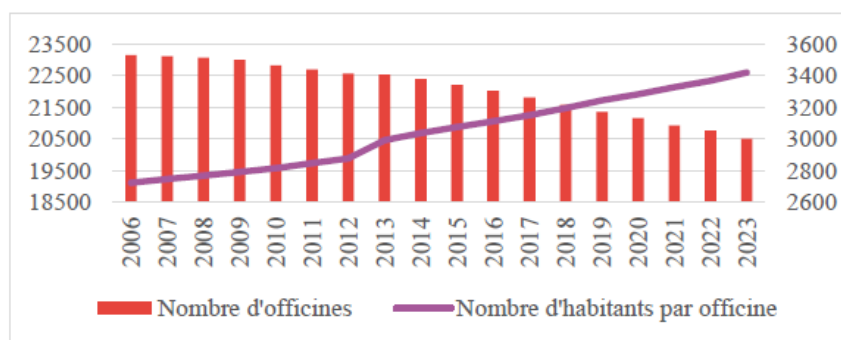
Le nombre croissant de structures de soins non programmés sur l'ensemble du territoire national ces dernières années est le témoin d'une réponse apportée à la population face à un besoin non pourvu. Cette évolution s'est toutefois traduite par

une inadéquation de la répartition de ces structures avec le besoin de soins qu'elles devraient couvrir, un manque de lisibilité de leurs organisations (plateau technique disponible) et des réserves quant à certaines pratiques tarifaires. En outre, une partie de ces structures génère une surconsommation médicale et peut conduire à des soins non pertinents. Leur développement non structuré entraîne par ailleurs une captation de ressources humaines médicales (médecins généralistes et urgentistes) au détriment d'autres modes d'exercice (structure des urgences, médecin traitant).

La couverture officinale

Fort de ses quelques 20 000 pharmacies, le maillage officinal constitue un levier important en termes d'accès aux soins. Cette proximité territoriale est la raison pour laquelle les pharmaciens ont été identifiés, dès 2017, comme les professionnels les plus susceptibles de répondre à certains besoins de santé de la population, au bénéfice de compétences renforcées. Leur rôle s'est renforcé avec l'attribution de nouvelles missions, au-delà de la dispensation de médicaments : entretiens pharmaceutiques, bilans de médication, vaccination. Le Pacte de lutte contre les déserts médicaux prévoit également d'autoriser le pharmacien à assurer des soins de premiers recours pour des pathologies courantes spécifiques et de délivrer directement les traitements afférents.

Graphique - Nombre d'officines et nombre d'habitants par officine (2006-2023)



Source : Cour des comptes, à partir des données du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Toutefois, sur la dernière décennie, le rythme de fermetures d'officine a plus que doublé par rapport à la période antérieure (95 par an sur la période 2007-2014 contre environ 200 par an depuis 2015). La restructuration du réseau officinal repose sur le transfert (déplacement d'une officine existante) et le regroupement (fusion de deux officines) bien plus que sur la création de nouvelles officines. En effet, la création n'est possible que si un seuil démographique est atteint (2 500 habitants, ou exceptions pour certaines zones et équipements collectifs).

La mise en place d'une quatrième année de médecine générale

Toutes les spécialités médicales, hormis la spécialité de médecine générale, bénéficient dans leur cursus de formation d'une phase de consolidation, prévue par la réforme de 2017 du troisième cycle. Elle permet à l'étudiant d'accéder au statut de docteur junior et d'exercer durant le stage une activité en autonomie supervisée dans un objectif d'insertion professionnelle immédiate à la sortie des études. La médecine générale étant la seule spécialité médicale à n'avoir que trois années de formation en 3^{ème} cycle, sans phase de consolidation et d'accès au statut de docteur junior, l'article 23 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2023 a réformé le cursus en ajoutant une quatrième année de formation.

L'expérience acquise durant le stage en pratique ambulatoire permettra aux internes de médecine générale de se familiariser avec l'activité libérale afin de favoriser les installations en cabinet en sortie de scolarité. Face à la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux (-5%)¹ depuis 2010, l'objectif est également de renforcer l'attractivité de la spécialité et le nombre d'étudiants de médecine générale en stage en ambulatoire, en particulier dans les zones sous-denses, avec une démarche d'accompagnement (augmentation du nombre de praticiens agréés maîtres de stage des universités, augmentation du nombre de postes d'enseignants de médecine générale, primes d'exercice en zone sous-dense).

Au cours de leur stage, les docteurs juniors réaliseront des consultations de médecine générale qui seront facturées aux patients et prises en charge dans les conditions de droit commun. Néanmoins, dans la mesure où les docteurs juniors sont rémunérés par leur centre hospitalier universitaire de rattachement dans des conditions prévues par décret, ils n'ont pas vocation à percevoir les honoraires issus des consultations réalisées. Le montant de ces honoraires non versés constituera une moindre dépense pour l'assurance maladie qui permettra de financer la réforme, à savoir la rémunération des docteurs juniors et des praticiens maîtres de stage universitaires. Cela suppose la mise en place d'un circuit de facturation dérogatoire.

b) Mesure proposée

¹ Profession — Data ameli

Renforcer l'accès aux soins, dans les territoires qui en ont le plus besoin

Face à ces constats en termes d'accès aux soins, de nouvelles mesures ont été proposées en particulier dans le cadre du « Pacte de lutte contre les déserts médicaux » présenté par le Gouvernement le 25 avril 2025.

D'une part, la création d'un statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) vise à inciter les jeunes médecins à l'issue de leurs études à s'installer et à exercer dans les zones où l'offre de soins est très insuffisante. La création de ce statut, en lien avec la nouvelle « mission de solidarité territoriale » qui sera instituée, se matérialisera par la signature d'un contrat-proposé par les ARS prévoyant, en contrepartie de l'activité dans les « zones rouges » définies localement, une garantie de revenu tenant compte de celui auquel ils pourraient prétendre en tant que médecins en début d'activité à l'hôpital ainsi que des sujétions notamment liées aux probables nombreux déplacements. Ainsi, l'ARS pourra être amenée à verser un complément de rémunération, sous forme d'indemnité différentielle, calculée en intégrant la part des revenus tirés de l'activité libérale.

D'autre part, afin de maintenir des officines au plus proche des territoires et des besoins des populations, il est proposé de réviser les conditions d'ouverture d'une officine. Les conditions d'ouverture par création d'une officine sont aujourd'hui réservées à certaines zones (zone franche urbaine-territoires entrepreneurs (ZFU-TE), quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) ou zone France ruralités revitalisation (ZRR)), et à condition de comptabiliser 2 500 habitants. Des dispositions dérogatoires permettent toutefois d'ouvrir une officine dans une commune de moins de 2 500 habitants mais uniquement par voie de transfert ou de regroupement lorsque la dernière officine présente dans cette commune a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants. Ne conduisant alors pas à une augmentation nette du nombre d'officines, il est proposé d'élargir la dérogation existante, en autorisant l'ouverture d'officine par voie de création.

Améliorer la réponse aux soins non-programmés, au bénéfice des patients

Afin de pérenniser les structures qui se sont développées pour prendre en charge les soins non programmés, un cadre juridique *ad hoc* est créé au sein du code de la santé publique. Il prévoit que ces centres doivent se conformer à un cahier des charges qui sera fixé par voie réglementaire et prévoira un certain nombre d'exigences s'agissant notamment des caractéristiques de leur exercice, de l'accessibilité de leurs locaux, des délais de prise en charge des patients ou encore de leur orientation dans le parcours de soins. Ces structures devront rédiger un projet de prise en charge des soins non programmés compatible avec le schéma régional de santé et validé conjointement par l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie. Un modèle économique dédié sera par ailleurs défini par voie réglementaire pour ces structures, qui prendra la forme d'un financement forfaitaire déterminé en fonction de leur file active. Enfin pour renforcer la pertinence des rémunérations des soins non programmés, et dans la continuité des mesures mises en place par la convention médicale de 2024, un nouvel avenant devra prévoir les mesures nécessaires d'ici le 1^{er} juin 2026.

De plus, il est proposé d'harmoniser l'organisation et le financement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et du service d'accès aux soins (SAS) afin de réduire la complexité du champ des soins non programmés. Le rapprochement de ces dispositifs consiste à prévoir un financement des forfaits de régulation de PDSA dans le champ conventionnel, sur le modèle des forfaits de régulation du SAS.

Mettre en place le circuit de facturation de la quatrième année de médecine générale

Au cours de son stage, le docteur junior exercera en autonomie supervisée et réalisera des consultations de médecine générale dans des conditions proches de celles d'un médecin généraliste en exercice. Ces consultations seront facturées au patient à tarif opposable, avec une dispense d'avance de frais sur la part de la consultation prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le docteur junior sera rémunéré, comme l'ensemble des autres docteurs juniors, par son centre hospitalier universitaire de rattachement, et n'a donc pas vocation à percevoir des honoraires dans le cadre des consultations qu'il réalise. Aussi, un circuit de facturation dérogatoire est mis en place, afin d'empêcher que la facturation d'une consultation par le docteur junior en tiers payant ne donne lieu au versement d'honoraires par l'Assurance maladie. Les montants facturés dans le cadre de ces consultations auront vocation à financer le coût des rémunérations des docteurs juniors de médecine générale et des praticiens maîtres de stage universitaires.

Le docteur junior devra toutefois collecter le ticket modérateur auprès du patient lors de la consultation. En pratique, ces sommes seront déduites de l'indemnité de stage qui lui sera versée par le CHU. Ce modèle implique de créer des circuits d'information entre la CPAM d'exercice du docteur junior et son CHU de rattachement afin d'écarter ses émoluments à due concurrence du montant de ticket modérateur collecté.

Ce circuit est neutre pour le patient, qui bénéficiera de consultations au tarif opposable avec une dispense d'avance de frais sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

c) Autres options possibles

Pour ce qui concerne les structures de soins non programmés, plusieurs options alternatives ont été écartées :

- L'absence de régulation du secteur au regard de la place prise dans l'offre de soins et la nécessité d'encadrer les pratiques, notamment de facturation ;
- La mise en place d'une régulation uniquement organisationnelle, sans contrepartie en termes de modèle de financement. Cette option, dont la place en loi de financement de la sécurité sociale aurait été questionnable, n'a pas été retenue dans la mesure où elle ne permet d'assurer ni la régulation du secteur ni le soutien nécessaire à

cette activité lorsque les soins non-programmés ne peuvent être absorbés par la médecine de ville dans certains territoires ;

- La création d'un régime *ad hoc* d'autorisation des centres de soins non programmés, ce qui apparaît lourd en termes de procédure administrative et aurait posé des questions d'interdiction d'exercice pour les professionnels dont le projet n'aurait pas été retenu.

S'agissant des modalités de mise en œuvre de la quatrième année de médecine générale, plusieurs autres options ont été instruites mais n'ont pas été retenues en raison des difficultés opérationnelles de mise en œuvre qu'elles présentaient. Il s'agit notamment d'étendre l'obligation de pratiquer le tiers payant à la partie de la consultation prise en charge par l'assurance maladie complémentaire ou encore de la possibilité pour le docteur junior de collecter le montant de ticket modérateur directement pour le compte de l'assurance maladie ou du centre hospitalier de rattachement.

S'agissant des autres mesures, une option aurait été celle du *statu quo*, mais elle n'aurait pas permis de renforcer l'accès aux soins dans les territoires qui en ont le plus besoin, ou encore d'améliorer la réponse aux soins non programmés, au bénéfice des patients.

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

Les dispositions proposées relèvent du champ des lois de financement de la sécurité sociale au sens des articles L.O. 111-3-7 et L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où elles modifient l'organisation de l'offre et du parcours de soins pris en charge par l'assurance maladie, avec un impact direct sur les dépenses des régimes de base de l'assurance maladie relevant de l'ONDAM.

En facilitant l'accès aux soins de premier recours, notamment dans les zones sous-denses, elles accroissent le recours aux soins de base et favorisent la réinscription des assurés dans le parcours de soins coordonné ; ainsi, les personnes sans médecin traitant ont en moyenne 3,8 actes par an avec un médecin de ville contre 6,5 actes pour les patients avec un médecin traitant, soit un recours de 47% inférieur (cet écart se réduit néanmoins à 33% pour les ALD) ; le recours hospitalier est moins fréquent mais plus sévère avec des hospitalisations plus longues pour les patients en ALD sans recours en ville¹.

L'encadrement des centres de soins à horaires élargis ou de soins non programmés contribue, par ailleurs, à prévenir les comportements opportunistes et les fraudes¹, et donc à sécuriser la dépense. Ces évolutions, qui modifient les flux de recours et la nature des actes remboursés, ont une incidence directe sur les charges des régimes obligatoires et justifient leur inscription en loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

¹ Rapport « Charges et Produits pour 2026 », Assurance maladie, juillet 2025.

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

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de cette mesure. Cette dernière n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifie les articles :

- L. 162-5-11 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;
- L.1435-4-3, L. 1435-5, L. 5125-4, L. 6323-6 du code de la santé publique

Elle crée un nouveau chapitre au titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique et rétablit un article L. 162-5-11 au sein de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Création du statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)

Le financement de ces postes de praticiens territoriaux de médecine générale est assuré par le fonds d'intervention régional des ARS, à partir de la contribution versée par les régimes de base de l'assurance-maladie.

En considérant qu'un jeune médecin se constitue une file active de patients suffisamment robuste dans les 6 mois suivant son installation, la garantie de revenu agirait ainsi sur ce laps de temps à une hauteur estimée de 700 € mensuels de complément par l'ARS sur cette période. Le coût de la mesure serait, dans l'hypothèse d'un PTMA par EPCI considérée comme « zone rouge » dans le cadre de la mesure de solidarité territoriale, de l'ordre de 634 000 € en année pleine et de 106 000 € en 2026, en considérant que la mesure débiterait au 1^{er} novembre 2026 à la sortie de la prochaine promotion de médecins généralistes.

Possibilité de création d'une officine dans les communes de moins de 2 500 habitants

Cette mesure conduirait non seulement à relocaliser l'accès aux médicaments en particulier dans les zones rurales, mais permettrait également le déploiement des actes médicaux rendus accessibles en officines (vaccination, TROD angine/cystite, accompagnement à la téléconsultation, renouvellement d'ordonnance...) au sein de ces territoires. Aussi, on peut considérer que l'accès au médicament est aujourd'hui couvert à 90% dans ces communes via les officines plus lointaines. Cette mesure aura ainsi un coût de 1,44M€ en année pleine (en considérant : 1M€ de chiffre d'affaires pour une officine implantée dans une petite commune, 72% du chiffre d'affaires provenant de l'assurance maladie obligatoire et une atténuation de 10% de la baisse annuelle du nombre d'officines, cette mesure étant complémentaire d'autres dispositifs de soutien au secteur).

Création d'un modèle économique pour les structures de soins non programmés

Grâce aux passages aux urgences évités et à la rationalisation de la rémunération des soins non programmés, qui permettront à moyen terme de réaliser des économies sur les dépenses d'assurance maladie, les économies générées permettront de financer les rémunérations forfaitaires accordées aux structures de soins non programmés dont le projet de santé a été validé par l'agence régionale de santé et l'organisme local d'assurance maladie, avec un impact global neutre de la mesure sur l'ONDAM.

Mise en place d'une quatrième année de médecine générale

La rémunération des docteurs juniors et des praticiens agréés maîtres de stage sera versée par leur centre hospitalier universitaire de rattachement et constituera donc une dépense de l'ordre de 500 M€ en année pleine imputée sur le sous-objectif établissements de santé de l'ONDAM. Néanmoins, le décalage d'un an du début d'exercice des médecins généralistes concernés et l'absence de paiement par l'assurance maladie des consultations qui seront réalisées par les docteurs juniors constitueront une économie équivalente sur le sous-objectif soins de ville de l'ONDAM qui permet à la mesure de s'autofinancer. En pratique, un mouvement de périmètre sera effectué entre sous-objectifs, mais l'impact ONDAM sera nul.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie					
➤ PTMA			- 0,1	- 0,6	
➤ Officines			- 0,7	- 1,4	
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

La création de nouvelles officines dans les communes de moins de 2 500 habitants génère des emplois directs (pharmacien, préparateur, personnel administratif) et indirects (logistique, entretien, fournisseurs) et soutient l'activité économique locale, en maintenant un pôle de services et de consommation dans des zones à faible densité. Les officines comptent parmi les premiers employeurs de personnel qualifié en milieu rural. En ce sens, elles renforcent l'attractivité de la commune et peuvent contribuer à la vitalité d'autres commerces de proximité.

b) Impacts sociaux

La mesure vise à garantir un meilleur accès aux soins non programmés de l'ensemble de la population et lutte ainsi contre le non-recours aux soins en garantissant une offre de proximité lisible et accessible.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Un accès aux soins renforcé en proximité bénéficie aux personnes à mobilité réduite en réduisant le temps de trajet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Les mesures proposées n'ont pas de conséquence sur les assurés concernant le montant de leurs cotisations ou les charges administratives qui leur incombent.

S'agissant plus particulièrement des modalités de facturation des consultations réalisées par les docteurs juniors au cours de leur quatrième année de diplôme d'études spécialisées, les patients bénéficieront de consultations prises en charge dans les conditions de droit commun et d'une dispense de l'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

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

La mesure proposée aura un impact sur les ARS qui devront mettre en place cette mesure dans le cadre de leur mission sur l'organisation des soins.

Concernant l'encadrement des structures de soins non programmés, les ARS et les services de l'assurance maladie seront chargés d'instruire les demandes de conformité au cahier des charge national et aux besoins régionaux permettant la reconnaissance statutaire et le modèle économique dédié.

Concernant le circuit de facturation de la quatrième année de médecine générale, la mesure implique la mise en place d'un circuit d'information entre l'assurance maladie et les centres hospitaliers universitaires, sur l'activité des docteurs juniors (nombre de consultations réalisées et montant de ticket modérateur facturés). Un circuit de facturation dérogatoire devra également être mis en place pour s'assurer que les consultations facturées par les docteurs juniors ne donnent pas lieu à un paiement par l'assurance maladie.

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

Ces mesures seront déployées dans le cadre des moyens existants.

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

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

La présente mesure nécessite :

- un décret en Conseil d'Etat fixant les modalités d'encadrement des structures de soins non programmés, un arrêté prévoyant un cahier des charges national et un arrêté relatif au financement forfaitaire de ces structures ;
- Au titre du mécanisme de contractualisation du PTMA, il est nécessaire d'élaborer un contrat-type et de déterminer par décret en Conseil d'Etat, les modalités de désignation des lieux d'exercice et de calcul de la rémunération complémentaire ;
- S'agissant de la quatrième année de diplôme d'études spécialisées de médecine générale, un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités d'application de la mesure, en particulier s'agissant des circuits de facturation et d'information à mettre en place.

La mesure relative à la création d'officines dans les petites communes est d'application directe.

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

Cette mesure fera l'objet d'un suivi attentif dans le cadre du « Pacte de lutte contre les déserts médicaux ».

Par ailleurs, les mesures d'accès aux soins sont des politiques prioritaires de gouvernement et bénéficient à ce titre d'un suivi rapproché sur la base d'indicateurs objectifs.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 1435-4-3 avant modification	Article L. 1435-4-3 après modification
Abrogé	Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné et spécialisé en médecine générale, qui n'est pas installé en cabinet libéral ou dont l'installation date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux rémunérations de ses activités de soins lorsque celles-ci sont inférieures à un seuil. Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage : - à exercer la médecine générale à titre libéral, pendant une durée fixée par le contrat qui ne peut être inférieure à deux ans, dans une zone définie par l'agence régionale de santé comme prioritaire ; - à respecter les tarifs opposables ; - à participer, dans des conditions fixées par le contrat, à des actions définies par l'agence régionale de santé en matière d'accès aux soins, de permanence et de continuité des soins et de coordination des soins ; - à contribuer à l'enseignement et à la formation universitaire en médecine générale. Un contrat est conclu avec l'université au titre de cet engagement. Il est joint au contrat mentionné au premier alinéa. Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire est renouvelable une fois. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.
Article L. 1435-5 avant modification	Article L. 1435-5 après modification
L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers, et des centres de santé, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. Les praticiens des armées peuvent participer à la permanence des soins selon des modalités élaborées en association avec le service de santé des armées, et définies par décret en Conseil d'Etat. L'agence détermine la rémunération forfaitaire des médecins pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. II.-Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à financer, dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I du présent article et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code qui leur sont délégués à	L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers, et des centres de santé, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. Les praticiens des armées peuvent participer à la permanence des soins selon des modalités élaborées en association avec le service de santé des armées, et définies par décret en Conseil d'Etat. L'agence détermine la rémunération forfaitaire des médecins pour leur participation à la garde de permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. II.-Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à financer, dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I du présent article et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code qui leur sont délégués à

cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code.	cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code.
Article L.5125-4 avant modification	Article L.5125-4 après modification
I.-L'ouverture par voie de transfert ou de regroupement d'une officine dans une commune, ou dans une commune nouvelle définie à l'article L. 2113-1 du code général des collectivités territoriales ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1 du présent code peut être autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 2 500. L'ouverture d'une officine supplémentaire peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 4 500 habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1. Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle autorisation peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert ou de regroupement dans cette commune. II.-Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le quota de 2 500 habitants est fixé à 3 500 habitants pour le département de la Guyane et les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. III.-Le nombre d'habitants dont il est tenu compte pour l'application du présent article est la population municipale telle qu'elle est issue du dernier recensement de la population publié au Journal officiel de la République française.	I.-L'ouverture par voie de transfert ou de regroupement d'une officine dans une commune, ou dans une commune nouvelle définie à l'article L. 2113-1 du code général des collectivités territoriales ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1 du présent code peut être autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 2 500. L'ouverture d'une officine supplémentaire peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 4 500 habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1. Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle autorisation peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de création, de transfert ou de regroupement dans cette commune. II.-Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le quota de 2 500 habitants est fixé à 3 500 habitants pour le département de la Guyane et les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. III.-Le nombre d'habitants dont il est tenu compte pour l'application du présent article est la population municipale telle qu'elle est issue du dernier recensement de la population publié au Journal officiel de la République française.
	Article L. 6323-6 (nouveau)
	Une structure spécialisée en soins non programmés est une structure sanitaire de proximité assurant, à titre principal, des missions relatives à la prise en charge des soins non programmés de premier recours et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé, relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues. Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié. Les professionnels de santé de la structure élaborent un projet de prise en charge des soins non programmés, signé par chacun d'entre eux, compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins et leurs engagements concernant le service

	d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1. Ce projet est validé par l'agence régionale de santé et par le régime de base d'assurance maladie territorialement compétents. Les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents. La structure bénéficie d'un financement forfaitaire spécifique versé par l'assurance maladie dont le montant, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, tient compte notamment du nombre de patients accueillis par an. Les conditions d'application du présent article, notamment la définition de l'activité de soins non programmés, les modalités de fixation du cahier des charges et les conditions de validation du projet de prise en charge des soins non programmés, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Code de la sécurité sociale	
	Article L. 162-5-11 (nouveau)
	I. Lors de leur stage réalisé en application du premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, les étudiants en médecine générale sont tenus d'appliquer, pour la tarification des soins qu'ils délivrent, les règles fixées par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement et les assurés qu'ils prennent en charge sont dispensés de l'avance de frais pour leur part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Par dérogation aux articles L. 161-36-2 et L. 161-36-3, les frais facturés en tiers payant en application du premier alinéa ne donnent pas lieu au versement à l'étudiant de la part prise en charge par les régimes susmentionnés. II. – Le paiement de la rémunération des internes en dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est assuré par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés après déduction, le cas échéant, des sommes qu'ils ont perçues au titre des montants acquittés par les assurés pour les frais de soins non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. III. – Les sommes perçues par les internes dans le cadre du stage mentionné au I au titre des montants acquittés par les assurés pour les frais de soins non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont considérées pour l'application des règles relatives aux prélèvements sociaux et fiscaux comme des émoluments versés par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-14-1 avant modification	Article L. 162-14-1 après modification
I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent : 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de	I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent : 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de

l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de 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 vidéotransmission. La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de téléssoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de téléssoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le téléssoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du téléssoin ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

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

l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de 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 vidéotransmission. La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de téléssoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de téléssoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le téléssoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du téléssoin ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence, en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 du présent code, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en

application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3, sous réserve que ces honoraires ou revenus n'aient pas été perçus frauduleusement ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ; 6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7 ; 7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ; 8° Le cas échéant, les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives à leur formation, à leur expérience et aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; 9° Le cas échéant, les conditions de participation à la couverture des besoins de santé dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4. II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie. Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces	application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3, sous réserve que ces honoraires ou revenus n'aient pas été perçus frauduleusement ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ; 6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7 ; 7° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ; 8° Le cas échéant, les conditions à remplir par les professionnels de santé pour être conventionnés, relatives à leur formation, à leur expérience et aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; 9° Le cas échéant, les conditions de participation à la couverture des besoins de santé dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4 ; 10° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles la facturation de certains actes ou prestations peut être réservée à ceux réalisés dans des structures spécialisées en soins non programmés telles que définies à l'article L. 6323-6 du code de la santé publique. II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie. Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des maisons, centres et professionnels de santé

engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. Les tarifs applicables aux actes réalisés par les professionnels de santé salariés par une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dans les conditions prévues à l'article L. 4041-2 du code de la santé publique sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre.	intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. Les tarifs applicables aux actes réalisés par les professionnels de santé salariés par une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dans les conditions prévues à l'article L. 4041-2 du code de la santé publique sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre.

Article 22 – Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé

I. Présentation de la mesure

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

Les objectifs de simplification et de maîtrise des finances publiques, d'une part, et l'évolution des modalités de financement des établissements et des professionnels de santé d'autre part, nécessitent de prendre une mesure législative regroupant un ensemble de sous-mesures relatives aux règles de financement du système de santé.

a) Problème à résoudre

- **Création d'une base légale imposant la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et l'assurance maladie et les complémentaires santé**

La dématérialisation des échanges des établissements de santé avec l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé est de nature à sécuriser le recouvrement des créances en permettant notamment la vérification des droits des patients et en améliorant les délais de réception et de liquidation des factures par ces organismes payeurs. La facturation aux organismes d'assurance maladie est un processus complexe, manuel et chronophage, tant pour les établissements de santé que pour les organismes débiteurs. Ce processus se traduit assez généralement par un retard de trésorerie pour les établissements, lié au délai significatif entre la sortie du patient et le recouvrement du montant pris en charge. Par ailleurs, s'ils ne recourent pas aux dispositifs de contrôle des droits en ligne, « embarqués » automatiquement dans les systèmes de facturation dématérialisés avec les organismes complémentaires, les établissements sont dans l'impossibilité d'informer le patient de son éventuel reste à charge avant sa sortie, générant un risque de révision ex-post des facturations et des difficultés de recouvrement.

- **Révision des modalités de passage à la facturation directe (FIDES) pour les établissements de santé afin de cibler les activités les plus pertinentes au regard de l'évolution des modalités de financement**

Le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) a été lancé concomitamment à la mise en place de la tarification à l'activité (dite « T2A »). Il s'agissait alors d'aligner les modalités de financement de l'ensemble des établissements de santé et de permettre à l'assurance maladie obligatoire de disposer de l'ensemble des données de facturation pour les secteurs publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif, dans le double objectif d'un meilleur contrôle des dépenses et d'une optimisation de la prise en charge des prestations.

Si le passage en facturation individuelle directe des actes et consultations externes est complètement réalisé, tel n'est pas le cas pour les prestations d'hospitalisation.

Cela résulte de nombreuses contraintes, tant organisationnelles que techniques, mises en évidence par les travaux menés avec les établissements volontaires, notamment la nécessité pour les établissements de santé de revoir leurs organisations et de faire évoluer leurs systèmes d'information.

Si la crise de la Covid-19 a marqué une pause dans les ajustements organisationnels nécessaires dans les établissements, les différentes réformes de financement en cours (urgences, psychiatrie et soins médicaux et de réadaptation, et désormais MCO) impliquent un ajustement de l'objectif de FIDES. Dans la mesure où s'étendent et se diversifient les données à recueillir par établissement pour être financé au titre de dotations, telles que notamment celles sur atteinte d'objectifs de santé publique en MCO, il existe un risque d'alourdissement global de la charge de saisie pour les établissements alors même que la part des financements relevant d'une facturation directe de l'activité se contracte.

En parallèle, la généralisation des financements accordés dans le cadre des expérimentations menées dans le cadre de « l'articles 51 » ouvre un nouveau champ à la facturation individuelle. Le passage à un financement à la séquence ou à l'épisode de soins nécessite le développement de nouveaux outils de recueil, de transmission et de liquidation qui impactent en particulier les établissements de santé, et leurs professionnels.

Il apparaît ainsi souhaitable de coupler le chantier de mise en œuvre de la facturation individuelle avec les travaux en cours sur les réformes de financement ainsi que le chantier initié visant à simplifier et automatiser le recueil d'informations. Celui-ci comporte en particulier un volet d'automatisation du codage qui pourrait, à terme, limiter les impacts organisationnels et financiers d'un passage en facturation individuelle.

- **Pérenniser le coefficient honoraire des établissements privés dans le champ SMR**

Un « coefficient honoraire » est appliqué depuis 2017 sur le champ des soins médicaux et de réadaptation (SMR) pour minorer les tarifs de certains établissements de santé privés antérieurement financés sur la base d'objectifs quantifiés nationaux (échelle ex-OQN) qui ont recours à des professionnels de santé libéraux. Dès lors que la valorisation des prestations hospitalières sont réputées intégrer l'ensemble des actes de soins, ce coefficient permet de s'assurer que les actes facturés selon les règles en vigueur dans le champ libéral ne sont pas valorisés et financés plusieurs fois.

Ce dispositif s'applique selon les termes de la loi jusqu'au 28 février 2026. La disparition du coefficient contraindrait les établissements à n'avoir recours qu'à des praticiens salariés alors même que ces derniers font face à des difficultés de recrutement, principalement sur le métier de masseur-kinésithérapeutes qui représente la très grande majorité des honoraires facturés par des professionnels libéraux intervenant dans des structures SMR.

- **Modifier la date de forclusion de transmission des données d'activité pour les séjours longs en SMR**

Le droit actuel prévoit qu'un établissement de santé puisse faire valoriser ou modifier la valorisation de ses séjours aux fins de paiement par l'assurance maladie jusqu'à un an après la date de sortie du patient. Cela signifie qu'un établissement dispose d'un an à compter de la date de sortie du patient pour d'une part, faire état à l'assurance maladie d'une donnée d'activité qu'il n'avait jusqu'ici pas remontée pour sa valorisation et, d'autre part, faire corriger une donnée déjà remontée pour en modifier sa valorisation. Or, certains séjours de soins médicaux et de réadaptation peuvent être d'une très longue durée – et font, dans ce cas, l'objet de factures ou valorisations intermédiaires pour éviter des problèmes de trésorerie pour l'établissement. Ainsi le fait de laisser la possibilité de valoriser ou modifier la valorisation jusqu'à un an après la date de fin de séjours conduit à permettre aux établissements de procéder à ces corrections dans certains cas plusieurs années après la date initiale de valorisation et de paiement. Un tel délai n'est cependant pas techniquement gérable dans les systèmes d'information permettant la valorisation et la facturation des prestations des établissements de santé.

- **Limiter les effets de bords financiers pouvant résulter de la création d'un GCS**

Un groupement de coopération sanitaire (GCS) peut exploiter sur un site unique, et de manière commune, les autorisations de soins et d'équipements matériels lourds de ses membres. A cet égard, la loi prévoit qu'il puisse être « exploitant facturant », c'est-à-dire être spécialement autorisé, par le directeur général de l'ARS (DGARS), à facturer des soins et, le cas échéant, se substituer aux établissements membres qui ne facturent plus les soins délivrés au titre de l'autorisation d'activité de soins exploitée par le groupement.

Or, cette autorisation spéciale de facturation du GCS peut avoir des effets de bords financiers qu'il convient de limiter. L'exploitation unique par le GCS des autorisations de soins de ses membres a pour conséquence que les soins résultants de ces autorisations soient valorisés selon une échelle tarifaire unique, celle du GCS. L'échelle tarifaire fixée par le DGARS pour le GCS dépend de la nature juridique ou de l'échelle tarifaire de la majorité de ses membres ou de ceux participant le plus au capital, aux charges ou à l'activité prévisionnelle du GCS.

Dans ce cadre, les recettes résultant d'une activité de soins exercée uniquement par un membre du GCS peuvent être valorisées sur la base d'une échelle tarifaire différente de celle de cet établissement, mais correspondant à l'échelle tarifaire de la majorité des membres du GCS. Ces derniers peuvent néanmoins soit ne pas être autorisés pour cette activité, soit ne pas avoir confié au GCS l'exploitation de cette activité. Dans ce cas, par le biais du GCS, l'établissement membre va bénéficier d'un financement de son activité sur la base d'une autre échelle tarifaire que la sienne sans que cela ne soit justifié, et alors qu'un tel changement d'échelle est par ailleurs interdit.

Un tel cas de figure peut concerner un établissement de l'échelle ex-OQN qui bénéficierait d'un financement de son activité, via le GCS, sous l'échelle ex-DG. Ce changement d'échelle, d'ex-OQN à ex-DG se traduit par un surcoût pour l'assurance maladie dans une proportion dépendant à la fois des activités concernées, du nombre de séjours facturés et du nombre de GCS de moyen exploitant facturant correspondant à ce schéma.

En outre, il n'entraîne pas dans les objectifs assignés aux GCS lors de leur création de permettre à des établissements membres, seuls détenteurs d'une activité de soins « mutualisée » au sein du GCS, de bénéficier d'un changement d'échelle tarifaire.

Dès lors qu'aucune disposition n'empêche actuellement des pratiques de ce type, il convient de modifier le code de la santé publique pour préciser qu'un GCS ne peut facturer une activité de soins donnée sur la base de son échelle tarifaire propre que dans la mesure où au moins deux de ses membres confient au GCS cette même activité.

- **Simplifier le financement des établissements de santé pour leurs activités de SMR et de psychiatrie**

Le coefficient de spécialisation, institué en 2017 et applicable sur les tarifs nationaux de prestations de SMR pour tenir compte du niveau de spécialisation de chaque établissement est fixé à 1 depuis que la classification a été revue pour mieux prendre en compte l'intensité de prise en charge. Pour autant, il reste à notifier par les agences régionales de santé dans le cadre la définition du coefficient global applicable à chaque établissement lui permettant d'obtenir le paiement de ses factures auprès des caisses primaires d'assurance maladie. Bien que ce coefficient disparaisse en mars 2026, il devra légalement être notifié à ces établissements dans la mesure où les tarifs nationaux de prestations prendront effet à compter du 1er janvier 2026, nécessitant une nouvelle notification du coefficient global à chaque établissement de santé.

En outre, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ont pour obligation de fixer au sein de l'ODSMR la part affectée au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé et qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation. Si cette distinction au sein de l'ODSMR avait été estimée pertinente lors de sa mise en place, il ressort désormais qu'elle est source d'erreur et d'incompréhension pour les établissements dans la mesure où ces derniers sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base de la présentation des factures relatives aux spécialités pharmaceutiques dispensées sans qu'une limite budgétaire ne leur soit imposée. La part affectée au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC SMR) correspond quant à elle à la somme des dotations régionales, figurant dans un arrêté dédié.

Enfin, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ont pour mission de répartir entre les régions le montant dédié au financement de dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation,

en ce qui concerne les activités de SMR, et de dotation populationnelle en ce qui concerne les activités de psychiatrie. Dans ce cadre, ces ministres sont tenus de recueillir l'avis des fédérations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Or cette consultation ne s'articule pas avec la volonté de donner une meilleure visibilité sur leur financement aux établissements de santé en prenant des tarifs nationaux de prestations applicables au 1er janvier de l'année, en ce qui concerne uniquement les activités de SMR, et en avançant la date à laquelle l'ensemble des dotations relatives aux activités de SMR et de psychiatrie seront notifiées aux établissements de santé. Au contraire, ces consultations s'inscrivent à rebours de cette accélération des notifications, ce qui peut générer des retards de financement entraînant une hausse des besoins de trésorerie, financés par ailleurs par l'assurance maladie obligatoire.

b) Mesure proposée

- **Création d'une base légale à l'imposition de la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et l'assurance maladie et les complémentaires santé**

A l'instar des règles prévues pour la dématérialisation et la transmission électronique des feuilles de soins établies par les professionnels de santé exerçant en ville et les centres de santé, il convient d'introduire ce même principe pour l'ensemble des soins, produits et prestations facturés par les établissements de santé ainsi que pour la prise en charge faite par les organismes complémentaires.

La généralisation de la dématérialisation des échanges avec les organismes d'assurance maladie de base et complémentaire permettra d'améliorer sensiblement le recouvrement de leurs recettes par les établissements, ce qui constitue un levier prioritaire d'efficience au regard de la situation financière dégradée des établissements de santé.

- **Révision des modalités de passage à la facturation directe (FIDES) pour les établissements de santé pour cibler les activités les plus pertinentes au regard de l'évolution des modalités de financement**

Pour faciliter le déploiement de la facturation individuelle, en lien avec l'ensemble des évolutions à venir du financement des hôpitaux, et permettre en particulier plus de souplesse dans son phasage, il est proposé de rendre pérenne l'existence de deux modalités de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) des prestations hospitalières, la facturation et la valorisation, et de renvoyer à une mesure réglementaire le soin de préciser les activités ou modes de prise en charge relevant de l'une ou de l'autre. Cette répartition, et son évolution, seraient alors fonction, notamment, de la nature de l'activité en cohérence avec le calendrier de mise en œuvre des réformes de financement.

- **Pérenniser le coefficient honoraire des établissements privés dans le champ SMR**

Pour pallier les difficultés en matière de recrutement des établissements privés de SMR, l'évolution consiste à pérenniser le coefficient « honoraires », afin de permettre aux professionnels libéraux et aux établissements qui en font le choix de continuer à facturer des honoraires en sus, tout en évitant un double paiement par l'assurance maladie. Sur la base du modèle actuel, ces professionnels et établissements continueraient de facturer ces honoraires directement à l'assurance maladie, en sus de la facturation des prestations hospitalières réputées intégrer le paiement de ces honoraires. Aussi, l'assurance maladie s'acquitterait de ces deux paiements mais sans double paiement de la part correspondant aux honoraires des professionnels libéraux.

- **Modifier la date de forclusion de transmission des données d'activités pour les séjours longs en SMR**

L'option proposée vise à faire évoluer le régime législatif relatif à la forclusion des activités de SMR en désolidarisant les différentes facturations de prestations qui interviennent dans le cadre des séjours très longs de SMR, comme ce qui existe aujourd'hui pour l'hospitalisation à domicile (HAD). Ainsi, il est prévu que le délai de forclusion d'un an pour les séjours longs commence à la date de fin de chaque facture intermédiaire, soit à compter du 90ème jour pour la première facture intermédiaire puis au lendemain de la facturation de chaque facturation intermédiaire hebdomadaire. Or, ces factures intermédiaires correspondent à des prestations utilisées pour valoriser auprès de l'assurance maladie une activité hospitalière. Ainsi, renvoyer à la notion de « fin de prestation » permet de régler ce problème.

- **Limiter les effets de bords financiers pouvant résulter de la création d'un GCS**

La mesure proposée définit plus précisément la capacité offerte aux GCS de facturer à la place de leurs membres afin d'éviter des effets d'opportunité financiers, tel que des changements d'échelle tarifaire, impossibles au niveau réglementaire mais que le véhicule GCS permet d'effectuer.

- **Simplifier le financement des établissements de santé pour leurs activités de SMR**

La mesure proposée vise d'une part à supprimer le coefficient de spécialisation dès le 1er janvier 2026 devenu sans objet ainsi qu'à supprimer l'obligation de préciser au sein de l'ODSMR la part afférente au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'AMO en sus des prestations d'hospitalisation et des MIGAC, dans un objectif de simplification et d'intelligibilité de la norme.

D'autre part, elle vise à supprimer la consultation des fédérations susmentionnées dans la répartition entre les régions des montants de MIGAC SMR et de dotation populationnelle de psychiatrie afin de fluidifier le processus de notification de ces dotations et de limiter les besoins de trésorerie pouvant découler des retards résultant du processus de notification.

c) Autres options possibles

- **Révision des modalités de passage à la facturation directe (FIDES) pour les établissements de santé pour cibler les activités les plus pertinentes au regard de l'évolution des modalités de financement**

Concernant la mise en place du projet FIDES, la solution alternative aurait pu être de prolonger la dérogation d'application de la mesure. Néanmoins, elle ne permet pas la mise en place de la mesure et laisse les acteurs dans l'incertitude. Opter pour une application modulée, permet *a minima* une mise en place partielle du dispositif.

- **Pérenniser le coefficient honoraire des établissements privés dans le champ SMR**

La solution alternative à la pérennisation du coefficient « honoraires » aurait été de conserver la date de clôture initiale, au 28 février 2026. Néanmoins, cette disposition aurait impliqué l'interdiction pour les praticiens libéraux de facturer des honoraires dans le cadre d'une prestation effectuée en établissement de santé, ce qui n'aurait fait qu'accentuer les difficultés de recrutement des établissements concernés.

La pérennisation du coefficient « honoraires » permet à la fois d'éviter la double facturation d'une même prestation, tout en assurant une certaine flexibilité de gestion pour les établissements, qui peuvent continuer à mobiliser des praticiens libéraux pour assurer les soins.

- **Modifier la date de forclusion de transmission des données d'activités pour les séjours longs en SMR**

Etant donné que la problématique initiale est induite par une incapacité du système d'information de la CNAM et de l'ATIH d'effectuer des modifications sur les données d'activité supérieures à deux ans, la solution aurait pu être celle de faire évoluer ces systèmes d'information. Néanmoins, cette solution impliquerait des travaux longs et coûteux. La solution retenue permet au contraire une mise en place rapide et ne perturbe pas la logique de forclusion telle qu'elle a été définie. Elle permet par ailleurs un meilleur pilotage des dépenses d'assurance maladie, en limitant dans le temps la possibilité de correction des factures.

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

L'ensemble des réformes de financement des activités des établissements de santé a été défini dans les lois de financement de la sécurité sociale successives. Ces dispositions peuvent être conduites à budget constant mais auront un effet sur les dépenses des régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO), au moins dans leur répartition. Leur place en LFSS est ainsi justifiée par le 3° de l'article LO111-3-6 du code de la sécurité sociale. En effet, l'assurance maladie obligatoire finance les dotations et les tarifs attribués aux différents établissements de santé. En facilitant et sécurisant la facturation et le recouvrement des créances elles améliorent la trésorerie et les recettes des établissements et allègent le besoin de financement par l'assurance maladie obligatoire.

Enfin, concernant les GCS, l'encadrement proposé de la capacité des GCS de moyen de pouvoir facturer à la place de leurs membres les soins afférents aux autorisations qu'ils détiennent permet de limiter les effets de bords financiers ayant des effets sur les dépenses des régimes d'AMO. Aussi, sa place en LFSS est également justifiée par le 3° de l'article LO111-3-6 du code de la sécurité sociale.

III. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

IV. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de cette mesure. Cette dernière n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

V. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Les mesures proposées contribuent de manière globale à renforcer l'efficacité des établissements de santé. En particulier, la mesure visant à généraliser la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et les complémentaires santé devrait conduire à améliorer sensiblement les délais de recouvrement des recettes d'assurance maladie complémentaire par les établissements de santé et pourrait ainsi contribuer à diminuer le besoin d'aides en trésorerie, qui représente aujourd'hui plus de 400M€ annuels, et plus généralement à alléger la pression sur l'ONDAM établissements de santé.

Pour les établissements qui réalisent d'ores et déjà des échanges dématérialisés avec les complémentaires, le délai moyen de recouvrement est d'une semaine. Pour ceux qui ne dématérialisent pas ces échanges, le délai moyen de recouvrement est de 4 semaines, avec des délais très variables en fonction des établissements et des organismes et qui peut aller jusqu'à 6 mois, voire plus.

On peut par ailleurs estimer (à partir des données comptables et donc pour les seuls hôpitaux publics) à 10M€ le gain de trésorerie pour une réduction d'1 jour du délai de recouvrement.

En prenant ainsi l'hypothèse d'une réduction, à terme, de l'ordre de 20 jours du délai de recouvrement moyen, un gain de l'ordre de 200M€ pourrait être estimé, à horizon 2029 et en tenant compte d'une généralisation progressive de la dématérialisation des échanges.

Par ailleurs la mesure visant à inscrire de manière pérenne la possibilité de facturation par les établissements soit *via* une facturation directe individuelle aux caisses d'assurance maladie soit *via* une valorisation des données d'activité permettra de cibler la mise en œuvre de la facturation directe sur les activités sur lesquels les contrôles avant liquidation par l'assurance maladie sont les plus pertinents, améliorant ainsi la capacité de limiter les indus et les fraudes.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie	0€	0€	+25M€	+75M€	+125M€
- AT-MP	0€	0€	0€	0€	0€
- Famille	NA	NA	NA	NA	NA
- Vieillesse	NA	NA	NA	NA	NA
- Autonomie	NA	NA	NA	NA	NA
(Autre : État, etc.)	NA	NA	NA	NA	NA

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

a) impacts économiques

Les mesures proposées permettent de sécuriser les acteurs hospitaliers et libéraux quant aux règles qui leurs sont applicables.

Elles permettent aux établissements un meilleur pilotage de leurs recettes et une accélération de la chaîne de facturation/recouvrement.

b) impacts sociaux

La pérennisation du coefficient honoraire SMR permettant aux établissements de faire face aux difficultés de recrutement notamment pour les masseur-kinésithérapeutes aura pour conséquence une amélioration globale de la prise en charge dans les établissements de santé du secteur ex-OQN.

Les mesures de simplification dans la chaîne de facturation/recouvrement permettent de libérer du temps administratif sur des missions à moindre valeur ajoutée.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La pérennisation du coefficient honoraire permet de sécuriser le financement des établissements de SMR relevant du secteur privé qui contribuent à la prise en charge des personnes en situation de handicap lorsqu'elles bénéficient de soins médicaux de réadaptation.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Les mesures proposées n'ont pas de conséquences sur les assurés concernant le montant de leurs cotisations ou les charges administratives qui leur incombent.

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

- L'évolution des modalités de passage à la facturation directe (FIDES) n'a pas de conséquence directe sur les systèmes d'information car ces dispositions étaient déjà prévues dans la loi mais permet de mieux organiser son déploiement.
- L'amélioration générale des processus de facturation et recouvrement (mesure FIDES et ROC), en accélérant et sécurisant les processus de leur cycle recette, permettra de réduire les tensions en trésorerie auxquels font face de manière de plus en plus prégnante les établissements publics de santé.
- La pérennisation du coefficient honoraire des établissements privés dans le champ SMR n'aura qu'un impact limité sur l'activité des administrations concernées dans la mesure où il s'agit d'un dispositif déjà mis en place actuellement.
- La limitation de la capacité offerte au GCS de facturer à la place de ses membres, elle n'aura pas d'impact direct sur les caisses et ou administrations publiques mais aidera ces dernières à mieux répondre aux cas particuliers qui leurs sont remontés.

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

Sans objet.

VI. 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

Code de la sécurité sociale	
	Article L. 161-36 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22 sont tenus d'assurer, pour les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 du présent code et à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, la transmission par voie électronique des documents nécessaires, d'une part, à la prise en charge des soins, produits et prestations et, d'autre part, à la mise en œuvre du tiers payant par les organismes d'assurance maladie. Ils sont également tenus de transmettre à l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré les documents nécessaires à la détermination de la part des dépenses prises en charge par cet organisme. En retour, l'organisme d'assurance maladie complémentaire communique à l'établissement, par voie électronique, aux fins d'information du patient et de facturation, la part des dépenses qu'il prend en charge et dont il assure le paiement à l'établissement.
Article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés au même article L. 162-22. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année. Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif. II.-L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend : 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités ; 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de dotations complémentaires ; 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.	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 au même article L. 162-22. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année. Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif. II.-L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend : 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités ; 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de dotations complémentaires ; 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22. III.-La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères sociaux et démographiques et

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 ainsi que du projet régional de santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux. La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités. Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. IV.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. V.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22 sont fixés par l'Etat.	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 ainsi que du projet régional de santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux. La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités. Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ~~après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.~~ IV.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. V.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22 sont fixés par l'Etat.
Article L. 162-23 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-23 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés au même article L. 162-22. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année. Il distingue les parts afférentes : 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ; 2° A la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.	I.-Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés au même article L. 162-22. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année. ~~Il distingue les parts afférentes :~~ ~~1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;~~ ~~2° A la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.~~

II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.	II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.
Article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale après modification
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 : 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 ; 2° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 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 ; 3° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; 5° (Abrogé) ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Les éléments mentionnés aux 1° à 6° s'appliquent le 1er janvier de l'année en cours. 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 sont fixés par l'Etat.	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 : 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 ; 2° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 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 ; 3° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; 5° (Abrogé) ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Les éléments mentionnés aux 1° à 6° s'appliquent le 1er janvier de l'année en cours. 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 sont fixés par l'Etat. III. – Pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° du I du présent article sont minorés lorsque, pour ces mêmes prestations, des honoraires sont facturés, dans les conditions définies aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, par les professionnels de santé exerçant en leur sein à titre libéral ou, dans les conditions définies à l'article L. 162-26-1, par ces établissements. Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine pour chaque établissement concerné, dans des conditions fixées par décret, le coefficient de minoration applicable aux tarifs nationaux de prestations afin de tenir compte de ces honoraires. Ce coefficient s'applique à la date mentionnée au dernier alinéa du I du présent article.

Article L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale après modification
I.-La part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22, participe notamment au financement des engagements relatifs : 1° A la recherche et à la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique ; 2° A la mise en œuvre des orientations du schéma régional ou interrégional de santé ; 3° A l'amélioration de la qualité des soins ; 4° A la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de groupements hospitaliers de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ; 5° A la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation. Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique. Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements. II.-Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article. Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.	I.-La ~~part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la~~ dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22 exerçant les activités mentionnées au 4° de cet article, participe notamment au financement des engagements relatifs : 1° A la recherche et à la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique ; 2° A la mise en œuvre des orientations du schéma régional ou interrégional de santé ; 3° A l'amélioration de la qualité des soins ; 4° A la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de groupements hospitaliers de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ; 5° A la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation. Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique. Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements. II.-Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article. Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.
Article L. 162-25 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-25 du code de la sécurité sociale après modification
Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes	~~Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-~~

externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte. Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Dans les cas où un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22 du présent code fait face à un événement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations relatives à son activité prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, le délai mentionné au premier alinéa du présent article peut être prolongé proportionnellement à la durée et, le cas échéant, à l'intensité de l'incidence qu'a cet événement sur la transmission des informations. Cette prolongation, qui ne peut dépasser une période d'un an, est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé en tenant compte des causes de l'événement.	~~26, à compter de la date de réalisation de l'acte. Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.~~ Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit dans les conditions suivantes : - par un an à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la consultation pour les actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 ; - par un an à compter de la date de fin de la prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1. Dans les cas où un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22 du présent code fait face à un événement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations relatives à son activité prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, ~~le délai mentionné au premier alinéa du présent article peut être prolongé~~ ces délais peuvent être prolongés proportionnellement à la durée et, le cas échéant, à l'intensité de l'incidence qu'a cet événement sur la transmission des informations. Cette prolongation, qui ne peut dépasser une période d'un an, est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé en tenant compte des causes de l'événement.
Article L. 162-27 du code de la sécurité sociale avant modification La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.	Article L. 162-27 du code de la sécurité sociale après modification (ancien article L.174-2-1) La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2. Ce remboursement est effectué sur la base d'une facturation par l'établissement à la caisse susmentionnée ou, pour les prestations d'hospitalisation, médicaments et produits et prestations, d'une valorisation des données d'activité transmises en application de l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et tenant compte, notamment, de la nature de l'activité. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.
Article L. 165-12 du code de la sécurité sociale avant modification Les établissements de santé qui achètent ou utilisent des produits de santé appartenant aux catégories homogènes mentionnées au I de l'article L. 165-11 sans être inscrits sur la liste prévue au même I sont passibles d'une sanction financière.	Article L. 165-12 du code de la sécurité sociale après modification Les établissements de santé qui achètent ou utilisent des produits de santé appartenant aux catégories homogènes mentionnées au I de l'article L. 165-11 sans être inscrits sur la liste prévue au même I sont passibles d'une sanction financière.

Cette sanction est prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils et auditeurs comptables des organismes d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le montant de cette sanction, fixé en fonction de la gravité du manquement constaté, ne peut excéder le coût total d'achat par l'établissement des produits considérés durant l'année précédant la constatation du manquement. La sanction est notifiée à l'établissement et est recouvrée par la caisse mentionnée aux articles L. 174-2-1 ou L. 174-18, dans les conditions prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2.	Cette sanction est prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils et auditeurs comptables des organismes d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le montant de cette sanction, fixé en fonction de la gravité du manquement constaté, ne peut excéder le coût total d'achat par l'établissement des produits considérés durant l'année précédant la constatation du manquement. La sanction est notifiée à l'établissement et est recouvrée par la caisse mentionnée aux articles ~~L. 174-2-1~~ L. 162-27 ou L. 174-18, dans les conditions prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2.
Article L. 174-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 174-1 du code de la sécurité sociale après modification
Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-16-6, L. 162-21-1, L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-3-2, L. 162-22-3-3, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 167-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8-2, L. 162-22-15 et L. 162-26. Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11. Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. Sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° du même article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. Le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-8-2 est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.	Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-16-6, L. 162-21-1, L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-3-2, L. 162-22-3-3, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 167-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8-2, L. 162-22-15 et L. 162-26. Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11. Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. Sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° du même article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. Le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-8-2 est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ~~et L. 174-2-1~~ L. 162-27 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.

Article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale après modification
La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1^o des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.	~~La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1^o des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.~~ ~~Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.~~

Code de la santé publique	
Article L. 6133-1 du code de la santé publique avant modification	Article L. 6133-1 du code de la santé publique après modification
Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour : 1^o Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche pour le compte de ses membres ; 2^o Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ; 3^o Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé, les hôpitaux des armées ou les autres éléments du service de santé des armées membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ; 4^o Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe les règles de responsabilité à l'égard des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. Par dérogation à l'article L. 6122-4 et à l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres, dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est autorisé à facturer les soins, il se substitue aux établissements membres qui ne facturent plus les soins délivrés au titre de l'autorisation d'activité de soins exploitée par le groupement. Les établissements de santé confient les informations relatives à l'exploitation commune des autorisations au groupement de coopération sanitaire qui en assure la transmission conformément aux dispositions de l'article L. 6113-8.	Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour : 1^o Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche pour le compte de ses membres ; 2^o Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ; 3^o Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé, les hôpitaux des armées ou les autres éléments du service de santé des armées membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ; 4^o Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe les règles de responsabilité à l'égard des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. Par dérogation à l'article L. 6122-4 et à l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres, dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Si les autorisations que le groupement exploite pour une même activité de soins sont détenues par au moins deux de ses membres relevant d'échelles tarifaires différentes, les tarifs applicables à la facturation de cette activité sont déterminés dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Si les autorisations qu'il exploite pour une activité de soins sont détenues par un seul de ses membres ou par des établissements relevant d'une même échelle tarifaire, leur échelle tarifaire s'applique à la facturation de cette activité. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est autorisé à facturer les soins, il se substitue aux établissements

Ce groupement poursuit un but non lucratif.	membres qui ne facturent plus les soins délivrés au titre de l'autorisation d'activité de soins exploitée par le groupement qui ne les facturent plus. Les établissements de santé confient les informations relatives à l'exploitation commune des autorisations au groupement de coopération sanitaire qui en assure la transmission conformément aux dispositions de l'article L. 6113-8. Ce groupement poursuit un but non lucratif.
Article L.6145-9 du code de la santé publique avant modification	Article L.6145-9 du code de la santé publique après modification
I.-Les créances des établissements publics de santé sont recouvrées selon les modalités définies aux articles L. 1611-5 et L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales. II.-Par dérogation au 4° du même article L. 1617-5, pour les prestations mentionnées à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, l'ordonnateur d'un établissement public de santé émet à la fois la facture dématérialisée à destination de l'organisme payeur mentionné à l'article L. 174-2 du même code et le titre de recettes correspondant à destination du comptable public assignataire, dans le délai prévu à l'article L. 162-25 dudit code, afin que cette facture ait la force exécutoire prévue au 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution et à l'article L. 252 A du livre des procédures fiscales. La réception, par l'organisme payeur mentionné à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, du fichier comprenant la facture dématérialisée vaut notification de l'ampliation du titre de recettes mentionné au 4° de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales. Par dérogation aux 5° et 6° du même article L. 1617-5, le comptable public assignataire de l'établissement public de santé adresse, sans lettre de relance préalable, une mise en demeure pour un ou plusieurs titres de recettes aux fins d'interrompre la prescription prévue au 3° dudit article L. 1617-5.	I.-Les créances des établissements publics de santé sont recouvrées selon les modalités définies aux articles L. 1611-5 et L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales. II.-Par dérogation au 4° du même article L. 1617-5, pour les prestations mentionnées ~~à l'article L. 174-2-1~~ L. 162-27 du code de la sécurité sociale, l'ordonnateur d'un établissement public de santé émet à la fois la facture dématérialisée à destination de l'organisme payeur mentionné à l'article L. 174-2 du même code et le titre de recettes correspondant à destination du comptable public assignataire, dans le délai prévu à l'article L. 162-25 dudit code, afin que cette facture ait la force exécutoire prévue au 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution et à l'article L. 252 A du livre des procédures fiscales. La réception, par l'organisme payeur mentionné à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, du fichier comprenant la facture dématérialisée vaut notification de l'ampliation du titre de recettes mentionné au 4° de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales. Par dérogation aux 5° et 6° du même article L. 1617-5, le comptable public assignataire de l'établissement public de santé adresse, sans lettre de relance préalable, une mise en demeure pour un ou plusieurs titres de recettes aux fins d'interrompre la prescription prévue au 3° dudit article L. 1617-5.

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	
Article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 avant modification	Article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 après modification
III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes. A.-(Abrogé) B.-(Abrogé) 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.	III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes. A.-(Abrogé) B.-(Abrogé) ~~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.~~ Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

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 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.

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 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 et au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, 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 ;

~~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 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.~~

~~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 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 et au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, 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

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 ; 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 ; 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 : 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 30 juin 2023 ; b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable au plus tard le 30 juin 2023 ; 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 : 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 ; 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 ; 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 : 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 ; 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 ; 6° Du 1er janvier 2018 et au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, 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.	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 ; 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 ; 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 : 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 30 juin 2023 ; b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable au plus tard le 30 juin 2023 ; 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 : 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 ; 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 ; 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 : 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 ; 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 ; 6° Du 1er janvier 2018 et au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, 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. F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.

F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au plus tard jusqu'au 30 juin 2023, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. 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. Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code. 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. 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. Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat. G.- (Abrogé). H.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter au plus tard du 1er juillet 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.	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. Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code. 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. 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. Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat. G.- (Abrogé). <i>H.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter au plus tard du 1er juillet 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.</i>

Article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 avant modification	Article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 après modification
I.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, les prestations hospitalières mentionnées au 1° du même article L. 162-22-6 et les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 dudit code ne sont pas facturées à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements transmettent à l'agence régionale de santé, à échéances régulières, leurs données d'activité et la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations. Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée au même article L. 174-2. 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,	<i>I.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, les prestations hospitalières mentionnées au 1° du même article L. 162-22-6 et les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 dudit code ne sont pas facturées à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements transmettent à l'agence régionale de santé, à échéances régulières, leurs données d'activité et la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations. Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée au même article L. 174-2. 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, de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et</i>

de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée audit article L. 174-2. 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 valorisations à venir. II.-Le I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est abrogé à compter du 1er mars 2019. 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.	~~le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée audit article L. 174-2.~~ ~~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 valorisations à venir.~~ ~~II.-Le I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est abrogé à compter du 1er mars 2019.~~ ~~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.~~

Article 23 – Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

b) La mise en œuvre d'une complémentaire santé au 1^{er} janvier 2026 pour les établissements de santé n'est plus envisageable compte tenu du délai nécessaire aux négociations avec les organisations syndicales. L'entrée en vigueur de ce dispositif, prévue par l'ordonnance du 17 février 2021, doit ainsi être décalée. Mesure proposée

Il est proposé de décaler à 2028 l'entrée en vigueur de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière.

Ce décalage permettra notamment d'obtenir un mandat pour cette négociation afin de proposer une complémentaire santé adaptée au besoin de la fonction publique hospitalière, répondant aux attentes des agents et leur garantissant une protection accrue pour couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.

Il convient de préciser que les agents de la fonction publique hospitalière sont dans une situation spécifique par rapport aux agents des autres fonctions publiques. Ils bénéficient en effet du dispositif des soins gratuits prévu aux articles L.722-1, L.722-2 et L.722-3 du code de la santé publique qui leur permet de bénéficier, dans leur établissement d'activité, de la gratuité des soins médicaux, des produits pharmaceutiques dispensés et des frais d'hospitalisation.

c) Autres options possibles

Il serait également possible pour le Gouvernement de déterminer unilatéralement par décret le panier de soins minimal à appliquer dans la FPH en laissant chaque établissement la possibilité de négocier un accord au niveau local. Cette solution conduirait à la mise en place d'une forme de concurrence entre les établissements de santé qui serait préjudiciable à la bonne allocation des ressources humaines sur un territoire en matière de santé. Un report de la mise en œuvre de la réforme apparaît donc comme la meilleure option.

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

La mesure a sa place en loi de financement de la sécurité sociale compte tenu de son impact global potentiel sur les dépenses des établissements financés en tout ou partie par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, au regard des dispositions de l'article LO111-3-6 du code de la sécurité sociale disposant que :

« Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives à l'année en cours :

1° Les dispositions ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

2° Les dispositions relatives à l'affectation de ces recettes, sous réserve du III de l'article 2 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;

3° Les dispositions ayant un effet sur les dépenses de ces régimes ou organismes ;

4° Si elles ont pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, les dispositions ayant un effet sur :

a) La dette des établissements de santé relevant du service public hospitalier ;

b) La dette des établissements médico-sociaux publics et privés à but non lucratif financés en tout ou partie par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et soumis à un objectif de dépenses ;»

La mesure représente une économie pour l'ONDAM, le décalage de l'entrée en vigueur de la protection sociale complémentaire constituant une moindre dépense pour l'année 2026.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le

lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et que celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) .Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier est à prévoir pour les années 2026 et 2027, en attendant un accord permettant la mise en place d'une complémentaire santé pour les agents de la FPH au 1er janvier 2028 (décalage de deux ans d'entrée en vigueur de la mesure).

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

a) impacts économiques

Les agents de la fonction publique hospitalière ne bénéficieront pas avant 2028 de participation de leur employeur pour l'adhésion à une protection sociale complémentaire.

b) impacts sociaux

La fonction publique hospitalière sera couverte par une protection sociale complémentaire obligatoire de la part de l'employeur à compter de 2028, et non à compter de 2026. Une couverture par une protection sociale complémentaire permet d'améliorer la santé des professionnels de santé, en complémentarité avec le dispositif déjà existant de soins gratuits prévu aux articles L.722-1, L.722-2 et L.722-3 de code de la santé publique. Elle renforce également l'attractivité des établissements publics de santé en leur permettant de mieux répondre aux attentes des candidats en matière de protection sociale proposée par l'employeur.

• 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

Dans un versant de la fonction publique où les femmes représentent 78% des effectifs (contre 57% à l'Etat et 61% dans la Territoriale), l'amélioration de la couverture santé des agents aurait un impact positif sur la santé des femmes.

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

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

Sans objet.

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

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.

Le texte est d'application directe.

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

Non concerné.

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 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique avant modification	Article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique après modification
I.-Les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur le 1er janvier 2022. Toutefois : 1° Lorsqu'une convention de participation est en cours au 1er janvier 2022, les dispositions de la présente ordonnance sont applicables à l'employeur public qui l'a conclue à compter du terme de cette convention. Celle-ci peut être prolongée dans la limite d'une année. Par dérogation au premier alinéa du présent 1°, le terme de la convention peut être reporté dans la limite d'une année supplémentaire, sans dépasser le 31 décembre 2026 ; 2° Les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 827-1 du code général de la fonction publique et du premier alinéa du I de l'article L. 4123-3 du code de la défense, dans leur rédaction issue de la présente ordonnance, en tant qu'elles prévoient que le montant de la participation des personnes publiques ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture des garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, sont applicables à la date d'effet des contrats collectifs souscrits en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique, et au plus tard le 1er janvier 2026, aux employeurs publics relevant de l'article L. 3 du même code qui ne disposent pas de convention de participation en cours au 1er janvier 2022 ; 3° Les dispositions de l'article L. 827-10 dudit code sont applicables à compter du 1er janvier 2026. Les dispositions de l'article L. 827-11 du même code sont applicables à compter du 1er janvier 2025 ; 4° Les dispositions des articles L. 827-1 à L. 827-3 du même code sont applicables aux personnes publiques mentionnées à l'article L. 5 du même code à compter du 1er janvier 2026. II.-A compter du 1er janvier 2022 et jusqu'à la date d'effet de la sélection mentionnée à l'article L. 827-3 du code général de la fonction publique, les personnes publiques mentionnées à l'article L. 2 du même code remboursent aux agents civils et militaires qu'elles emploient une partie du montant de leurs cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Le montant du remboursement de cotisations et ses conditions de versement sont fixés par décret. Le versement du remboursement est réservé aux contrats conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. III.-Les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics organisent un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente ordonnance.	I.-Les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur le 1er janvier 2022. Toutefois : 1° Lorsqu'une convention de participation est en cours au 1er janvier 2022, les dispositions de la présente ordonnance sont applicables à l'employeur public qui l'a conclue à compter du terme de cette convention. Celle-ci peut être prolongée dans la limite d'une année. Par dérogation au premier alinéa du présent 1°, le terme de la convention peut être reporté dans la limite d'une année supplémentaire, sans dépasser le 31 décembre 2026 ; 2° Les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 827-1 du code général de la fonction publique et du premier alinéa du I de l'article L. 4123-3 du code de la défense, dans leur rédaction issue de la présente ordonnance, en tant qu'elles prévoient que le montant de la participation des personnes publiques ne peut être inférieur à la moitié du financement nécessaire à la couverture des garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, sont applicables à la date d'effet des contrats collectifs souscrits en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique, et au plus tard le 1er janvier 2026, aux employeurs publics relevant de l'article L. 3 du même code qui ne disposent pas de convention de participation en cours au 1er janvier 2022 ; 3° Les dispositions de l'article L. 827-10 dudit code sont applicables à compter du 1er janvier 2026. Les dispositions de l'article L. 827-11 du même code sont applicables à compter du 1er janvier 2025 ; 4° Les dispositions des articles L. 827-1 à L. 827-3 du même code sont applicables aux personnes publiques mentionnées à l'article L. 5 du même code à compter du 1er janvier ~~2026~~ 2028. II.-A compter du 1er janvier 2022 et jusqu'à la date d'effet de la sélection mentionnée à l'article L. 827-3 du code général de la fonction publique, les personnes publiques mentionnées à l'article L. 2 du même code remboursent aux agents civils et militaires qu'elles emploient une partie du montant de leurs cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Le montant du remboursement de cotisations et ses conditions de versement sont fixés par décret. Le versement du remboursement est réservé aux contrats conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. III.-Les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics organisent un débat portant sur les garanties accordées aux agents en matière de protection sociale complémentaire dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente ordonnance.

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

1. Instauration d'un dispositif de prévention de la constitution de rentes chez les professionnels de santé

Des phénomènes de rente excessive se constituent dans plusieurs secteurs de l'offre de soins. L'Assurance Maladie a documenté dans son rapport Charges et produits pour 2026 des niveaux de rentabilité (mesurés par le ratio [excédent brut d'exploitation / chiffre d'affaires]) de l'ordre de 23,7 % dans le secteur de la biologie, 27,2 % dans celui de la radiothérapie, de 15,5 % dans celui de la dialyse, de 16,6 % dans celui de la médecine nucléaire et de 16 % dans celui de la radiologie en 2022. Les rapports de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales dressent un constat similaire sur les secteurs de la biologie et de l'imagerie, qui bénéficient d'une rentabilité opérationnelle particulièrement élevée et, en tout état de cause, supérieure à l'ensemble des secteurs de la « santé humaine ».

Ces niveaux de rentabilité interrogent quant à la pertinence des dépenses d'Assurance Maladie et à la rémunération au juste prix des actes relevant de ces spécialités. Ils alimentent des écarts anormalement importants de rémunération entre spécialités médicales et entre activités.

Cette rentabilité excessive de certaines activités se retrouve également dans le secteur hospitalier, leur sur-tarification obérant les marges disponibles pour le financement d'autres activités.

Or, en ville, les négociations conventionnelles ne permettent pas d'enrayer ce phénomène. D'une part, leur rythme est souvent en décalage avec l'évolution des pratiques et ne permet pas de réévaluer assez régulièrement les tarifs. D'autre part, la négociation des tarifs peut parfois s'éloigner des fondamentaux de la tarification, qui supposent une analyse économique des coûts de réalisation des actes. C'est dans ce cadre que l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales ont recommandé la mise en place d'une régulation de ces secteurs par la rentabilité. Aussi, il serait souhaitable de disposer d'un mécanisme permettant de réagir rapidement au constat d'une rentabilité manifestement excessive dans un secteur identifié.

2. Mieux prendre en compte les gains de productivité dans le secteur de l'imagerie

Les remboursements de l'assurance maladie au titre des actes des radiologues ont atteint 3,8 Mds€ en 2024, en hausse de + 22 % depuis 2019. 60 % de cette hausse est due à la croissance des dépenses d'IRM, notamment en raison du coût des forfaits techniques. Par ailleurs, la DREES estime que le revenu d'activité moyen des radiologues libéraux en 2021 était 72 % plus élevé que la moyenne des médecins (et 39 % plus élevé que la moyenne des spécialistes). En 2024, le revenu des radiologues se répartit comme suit : 61 % proviennent des actes d'imagerie inscrits à la CCAM, 34 % des forfaits techniques pour les actes d'imagerie en coupe (IRM et scanners), et 5 % des consultations, visites et autres actes.

Alors que les forfaits techniques sont censés compenser les coûts d'acquisition et d'utilisation des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, une déconnexion croissante s'observe entre les tarifs des forfaits techniques et les charges associées à l'utilisation de ces équipements, ce qui alimente des phénomènes de rente. L'échec des négociations de l'accord de maîtrise des dépenses d'imagerie ouvertes en application de l'article 41 de la LFSS pour 2025 témoigne de la grande difficulté pour les partenaires conventionnels de fixer au juste prix le tarif de ces forfaits techniques.

3. Assurer l'harmonisation et la convergence tarifaire des actes de dialyse et de radiothérapie en ville et à l'hôpital

Les dépenses de radiothérapie connaissent une forte dynamique depuis plusieurs années en ville comme en établissements. Dans le secteur libéral, la Cour des comptes a documenté une croissance des dépenses de 8,9 % par an en moyenne entre 2015 et 2020¹. De plus, les règles de financement actuelles de la radiothérapie n'incitent pas les médecins à privilégier les modes innovants de prise en charge permettant de réduire le nombre de séances par patient (hypofractionnement) ou celles qui tendent à minimiser la dose et le champ d'irradiation.

C'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a prévu une réforme de la tarification des activités de radiothérapie pour les établissements de santé. Outre les enjeux propres à la prise en compte des évolutions technologiques dans le secteur, l'ambition de la réforme est également d'harmoniser le système de financement de ces activités entre les établissements et les cabinets libéraux. Néanmoins, la fixation des tarifs hospitaliers par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, d'une part, et par voie conventionnelle pour les professionnels de santé libéraux, d'autre part, pourrait porter atteinte à l'ambition de convergence tarifaire au cœur de cette réforme.

¹ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), chapitre V, octobre 2022

De la même manière, dans le champ du traitement de la maladie rénale chronique, la Cour des comptes a documenté depuis plusieurs années un niveau de rentabilité anormalement élevé, qui n'a pas été corrigé par des baisses de tarifs jugées trop limitées¹.

b) Mesure proposée

1. Instauration d'un dispositif de lutte contre les rentes constituées dans le système de santé

Afin de renforcer la réactivité de la tarification à l'identification de phénomènes de rentes, en prenant notamment plus rapidement en compte les gains de productivité et le niveau de rentabilité, il est proposé de mettre en place un mécanisme de corrections des tarifs applicables à certains secteurs. Aussi, lorsqu'est documenté, dans des conditions qui seront déterminées par décret, qu'un secteur de l'offre de soins présente un niveau de rentabilité particulièrement élevé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale demandent aux partenaires conventionnels de procéder à la négociation d'un avenant permettant de réaliser des baisses de tarifs, de manière à réduire ce niveau de rentabilité. A défaut de conclusion de cet avenant, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est habilité à procéder à des baisses de tarifs par voie unilatérale.

La réalisation de cette analyse pourrait être confiée à un observatoire, dont la composition, les missions et les modalités de fonctionnement seront déterminées par voie réglementaire.

Pour documenter ce niveau de rentabilité, les professionnels de santé ou les groupes concernés pourront être tenus de communiquer tout document comptable nécessaire. Le professionnel de santé ou l'entreprise qui refuse de communiquer les éléments demandés peut se voir appliquer une sanction, dans des conditions définies par décret.

Ce dispositif permettra de compléter, dans une approche transversale, les baisses de tarifs qui pourront être réalisées lors de la campagne annuelle de fixation des tarifs des établissements hospitaliers, sur la base d'un niveau de rentabilité documenté par les études nationales de coûts réalisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

2. Evolution des modalités de fixation du tarif des forfaits techniques en imagerie

Pour tenir compte de l'impact du progrès technologique sur les équipements matériels lourds d'imagerie médicale et des gains de productivité qui en résultent, il est proposé de faire évoluer les modalités de fixation du tarif des forfaits techniques en imagerie médicale. En s'appuyant sur les résultats de l'étude nationale des charges du secteur prévue par l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie serait habilité à fixer par voie unilatérale le tarif des forfaits techniques.

3. Alignement des tarifs de radiothérapie entre la ville et l'hôpital

Afin de concrétiser l'ambition de la réforme du financement de la radiothérapie, qui vise à mettre en place une nomenclature et des tarifs communs pour ces actes en ville comme à l'hôpital, il est proposé de sortir du champ conventionnel les tarifs de ces actes. Ces derniers seraient ainsi fixés concomitamment pour les deux secteurs par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour tenir compte des travaux opérationnels nécessaires, l'entrée en vigueur de cet alignement des tarifs n'interviendrait qu'au 1^{er} janvier 2027.

Dans l'intervalle, une première étape de convergence tarifaire interviendrait dès le 15 janvier 2026, par l'intermédiaire d'une baisse des tarifs par décision unilatérale du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour un montant de 100 M€. Cette baisse de tarifs serait appliquée sur la nomenclature actuellement en vigueur.

4. Réguler les tarifs des actes de dialyse

Enfin, afin de renforcer la cohérence des tarifs des dialyses réalisées en ville et à l'hôpital, il est demandé aux partenaires conventionnels de négocier une modification des tarifs applicables aux actes de dialyse permettant de réaliser 20 M€ d'économies d'ici le 15 mars 2026. En l'absence de conclusion d'un tel accord à cette échéance, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est habilité à procéder à ces baisses de tarifs par voie unilatérale avant le 1^{er} avril 2026.

c) Autres options possibles

1. S'agissant de l'instauration d'un dispositif de lutte contre les rentes constituées dans le système de santé

Une autre option aurait pu consister à généraliser les études nationales de charges à l'ensemble des secteurs. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi que les partenaires conventionnels pourraient saisir le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie, afin que ce dernier initie une étude nationale des charges d'un secteur identifié. Sur le modèle de l'étude pouvant être réalisée sur les charges liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements

¹ Rapport public annuel 2020, février 2020

matériels lourds d'imagerie médicale, elle serait réalisée sur la base d'informations recueillies auprès d'un échantillon représentatif de structures ou de professionnels de santé libéraux. Le refus par ces derniers de communiquer les informations requises pourrait donner lieu à l'application d'une sanction.

Sur la base des résultats de cette enquête, communiquée aux organisations syndicales représentatives et aux ministres de la santé et de la sécurité sociale, les Ministres pourraient demander au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'ouvrir des négociations conventionnelles, afin de réaliser un quantum d'économies dans un délai identifié. A défaut de conclusion d'un accord dans ce délai, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie serait habilité à procéder à des baisses unilatérales de tarifs.

Cette option n'a cependant pas été retenue en raison de la lourdeur de la procédure associée.

2. S'agissant de l'alignement des tarifs de radiothérapie entre la ville et l'hôpital

Un maintien dans le champ conventionnel des tarifs de radiothérapie pourrait également être envisagé. Afin de concrétiser l'ambition de la réforme du financement de la radiothérapie, à savoir une nomenclature et des tarifs communs pour ces actes en ville comme à l'hôpital, il serait demandé aux partenaires conventionnels de signer un avenant avant le 1^{er} janvier 2027 afin de transposer dans la convention médicale la nouvelle nomenclature commune et les tarifs associés. A défaut d'accord trouvé avant le 1^{er} janvier 2027, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie serait habilité à y procéder par voie unilatérale. Cette option n'a toutefois pas été retenue car elle ne garantit pas la convergence des tarifs entre la ville et l'hôpital.

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

La mesure permettra de réduire la dynamique des dépenses d'assurance maladie pour l'année 2026, ce qui conformément aux dispositions du a) et c) du 1^o de l'article LO.111-3-8 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure, qui n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Plusieurs articles du code de la sécurité sociale sont insérés ou modifiés dans le cadre de cette mesure :

- Un article L. 162-1-7-1 serait rétabli pour permettre les modalités de fixation dérogatoire des tarifs des actes de radiothérapie ;
- L'article L. 162-1-9-1 serait modifié pour faire évoluer les modalités de fixation des tarifs des forfaits techniques d'imagerie médicale ;
- Un article L. 162-12-18-1 serait inséré pour étendre le dispositif des études de charges destinée à lutter contre les rentes constituées dans certains secteurs de la santé.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

N/A

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</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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Une première étape de convergence tarifaire pour les tarifs de radiothérapie permettra de réaliser un montant d'économies de 100 M€ dès 2026. Au regard de la dynamique différenciée qu'ont connu les tarifs de radiothérapie dans le secteur libéral et en établissements de santé au cours des dernières années, elle pourrait se traduire, à terme, par un montant d'économies plus élevé.

Par ailleurs, la négociation ouverte avec les partenaires conventionnels sur les tarifs des actes de dialyse devra permettre de réaliser 20 M€ d'économies sur l'année 2026.

Enfin, les phénomènes de rentes identifiés permettent de garantir la possibilité de réaliser des économies à moyen terme sur les tarifs applicables à plusieurs secteurs de la santé. Il n'est toutefois pas possible de chiffrer précisément ces économies, qui dépendront de l'analyse détaillée effectuée sur la rentabilité des secteurs concernés. Aussi, les impacts budgétaires présentés dans le tableau ci-dessous sont sans préjudice des économies qui seront générées par cette mesure.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
ROBSS					
- Maladie		+120 M€	+120 M€	+120 M€	+ 120 M€
- Dont tarifs radiothérapie		+ 100 M€	+ 100 M€	+ 100 M€	+ 100 M€

- Dont baisse des tarifs de dialyse		+ 20 M€	+ 20 M€	+ 20 M€	+ 20 M€

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 réduire les sur-rémunérations existant dans certains secteurs de la santé.

b) Impacts sociaux

Sans objet

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement

La révision des modalités de rémunération des forfaits techniques en imagerie pourrait permettre de corriger les incitations au remplacement trop rapide d'équipements matériels lourds (EML) du fait des durées actuelles d'amortissement.

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, etc.)

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Seule la troisième partie de la mesure, relative au dispositif de lutte contre les rentes, suppose la publication d'un décret d'application, qui pourrait être adopté au premier semestre 2026.

La mesure implique également l'ouverture de plusieurs négociations conventionnelles au cours de l'année 2026.

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 de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé par l'Assurance maladie et la direction de la sécurité sociale dans le cadre des travaux de suivi de l'exécution de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-7 et aux dispositions de l'article L. 162-14-1, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des activités de traitement du cancer par radiothérapie est assurée par des forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale inscrit ces forfaits à la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et en fixe le tarif.
Article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale (avant modification)	Article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale (après modification)
I.-Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1er mars de l'année : 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers ; 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ; 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ; 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ; 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°. Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. II.-Afin de disposer des coûts sur les charges du secteur de l'imagerie médicale, une étude nationale de coût des charges du secteur peut être réalisée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie tous les trois ans. La commission prévue à l'article L. 162-1-9 est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus. Cette étude nationale de coût comprend notamment le recueil, auprès d'un échantillon représentatif de personnes physiques ou morales, des informations ou documents nécessaires à l'établissement des études et propositions mentionnées aux 1° à 3° du I du présent article. Ce recueil est réalisé de manière à garantir l'absence de divulgation d'informations protégées par le secret mentionné à l'article L. 151-1 du code de commerce. L'échantillon représentatif est constitué tous les trois ans par appel à candidatures, complété le cas échéant par des désignations afin de garantir la fiabilité et la représentativité des données.	I.-Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1er mars de l'année : 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers ; 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ; 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ; 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ; 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°. Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. II.-Afin de disposer des coûts sur les charges du secteur de l'imagerie médicale, une étude nationale de coût des charges du secteur peut être réalisée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie tous les trois ans. La commission prévue à l'article L. 162-1-9 est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus. Cette étude nationale de coût comprend notamment le recueil, auprès d'un échantillon représentatif de personnes physiques ou morales, des informations ou documents nécessaires à l'établissement des études et propositions mentionnées aux 1° à 3° du I du présent article. Ce recueil est réalisé de manière à garantir l'absence de divulgation d'informations protégées par le secret mentionné à l'article L. 151-1 du code de commerce. L'échantillon représentatif est constitué tous les trois ans par appel à candidatures, complété le cas échéant par des désignations afin de garantir la fiabilité et la représentativité des données.

Lorsqu'une personne physique ou morale incluse dans l'échantillon refuse de transmettre les informations demandées, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière inférieure ou égale à 1 % du montant des remboursements liés à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds qu'elle exploite et versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission. La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat. III.-La commission mentionnée au I rend un avis sur les propositions mentionnées aux 3° et 4° du même I dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée.	Lorsqu'une personne physique ou morale incluse dans l'échantillon refuse de transmettre les informations demandées, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière inférieure ou égale à 1 % du montant des remboursements liés à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds qu'elle exploite et versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission. La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat. III.-La commission mentionnée au I rend un avis sur les propositions mentionnées aux 3° et 4° du même I dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. ~~La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée.~~ Les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avoir recueilli l'avis mentionné à l'alinéa précédent.
Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale après modification
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. La ou les conventions déterminent notamment : 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ; 2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ; 2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ; 3° (Abrogé) ;	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. La ou les conventions déterminent notamment : 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ; 2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ; 2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ; 3° (Abrogé) ;

3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ; 4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ; 5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ; 6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ; 7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ; 8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ; 9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ; 10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ; 10° bis Les conditions dans lesquelles peuvent être plafonnés les dépassements d'honoraires relatifs à des actes chirurgicaux de reconstruction mammaire consécutifs à la prise en charge d'un cancer du sein ; 11° (Abrogé) ; 12° Le cas échéant : a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ; 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 médecins participant à ces réseaux ; c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;	3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ; 4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ; 5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ; 6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ; 7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ; 8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ; 9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ; 10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ; 10° bis Les conditions dans lesquelles peuvent être plafonnés les dépassements d'honoraires relatifs à des actes chirurgicaux de reconstruction mammaire consécutifs à la prise en charge d'un cancer du sein ; 11° (Abrogé) ; 12° Le cas échéant : a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ; 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 médecins participant à ces réseaux ; c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° 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 médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés. Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ; 13° 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 ; 14° (Abrogé) ; 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ; 16° (Abrogé) ; 17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins. Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° ; 18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ; 19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ; 20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ; 21° Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ; 22° Le cas échéant, des engagements individualisés et la contrepartie financière associée. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue au même article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière	13° 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 médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés. Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ; 13° 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 ; 14° (Abrogé) ; 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ; 16° (Abrogé) ; 17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins. Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° ; 18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ; 19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ; 20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ; 21° Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ; 22° Le cas échéant, des engagements individualisés et la contrepartie financière associée. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue au même article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière

est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ; 23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ; 24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et aux modalités d'organisation prévues au 23° ; 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. 26° S'agissant des médecins spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. 27° Les conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins.	est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. Ces engagements et cette contrepartie peuvent être révisés durant la période conventionnelle par les instances conventionnelles compétentes. Ces révisions sont mises en œuvre par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ; 23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ; 24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et aux modalités d'organisation prévues au 23° ; 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. ~~26° S'agissant des médecins spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1.~~ 27° Les conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins.
	Article L. 162-14-6 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	I. – Lorsqu'il est constaté, au regard de l'évaluation mentionnée au II, que le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale demandent au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'engager des négociations en vue de la conclusion d'un avenant permettant une baisse des tarifs pour un montant qu'ils déterminent et l'habilitent à y procéder, le cas échéant, dans les conditions prévues au présent I, de manière unilatérale. Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage ces négociations dans un délai d'un mois à compter de la réception de la décision mentionnée à l'alinéa précédent. A défaut de conclusion, selon les modalités prévues au présent chapitre, d'un avenant dans un délai fixé par cette décision, il procède aux baisses des tarifs permettant d'atteindre le montant déterminé. Les montants des baisses des tarifs sont fixés afin de permettre une convergence du niveau de rentabilité du secteur, de l'acte, de la prestation ou du produit concerné avec celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins. II. – Pour l'application des dispositions du présent article, le niveau de rentabilité est évalué à partir de la rentabilité économique des secteurs, actes, prestations et produits concernés, déterminée au regard des données comptables et statistiques pertinentes. Les critères et modalités de

	cette évaluation, qui peut le cas échéant être effectuée à partir d'un échantillon représentatif, sont précisés par voie réglementaire. Les personnes mentionnées au 3° du I de l'article L. 114-17-1 sont tenues de communiquer les informations nécessaires à l'évaluation prévue à l'alinéa précédent. Lorsqu'une personne physique ou morale refuse de transmettre les informations demandées sur le fondement des dispositions du présent II, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière au plus égale à 1 % du montant des honoraires qui lui ont été versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission. La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. III. – Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations mentionnées au deuxième alinéa du II et les modalités de leur communication, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article 25 – Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La prise en charge par l'assurance maladie des soins dentaires a représenté en 2024 une dépense de 4,5 Mds €, en hausse de 3,7 % hors effet de hausse du ticket modérateur par rapport à 2024.

Or, et contrairement aux secteurs des produits de santé, de la biologie, de la radiologie et des transports sanitaires, qui sont soumis à différents mécanismes de régulation prix-volume ou de protocoles sectoriels, les honoraires des chirurgiens-dentistes ne font pas encore l'objet de mécanismes de mises en réserve ou de régulation infra-annuelle.

Si le travail sur la pertinence repose, pour une large part, sur la diffusion des bonnes pratiques par la HAS et dans le cadre du développement professionnel continu des professionnels de santé, la pertinence des prises en charge doit également se traduire dans le signal-prix et donc dans la structure des incitations tarifaires données aux professionnels : la tarification à l'acte crée en effet une incitation mécanique à maximiser le volume d'activité dès lors que le tarif est supérieur au coût marginal, a fortiori si celui-ci est décroissant.

A titre d'illustration, l'observatoire national de la démographie des professions de santé documentait, dans un rapport de 2021 sur la profession de chirurgien-dentiste, une tendance au développement des activités exclusives (implantologie, parodontologie, orthopédie dento-faciale), avec un risque de favoriser les spécialités liées à des actes à forte valeur ajoutée au détriment d'actes considérés comme peu rémunérateurs, tels que l'odontologie pédiatrique. Cette polarisation de l'activité de certains professionnels vers les actes les plus rémunérateurs crée dès lors une prise en charge médicalement et économiquement discutable du patient. Au niveau macro-économique, l'impact sur les dépenses des soins de ville est significatif. La recherche d'efficacité et de maîtrise sur la médecine de ville doit donc s'accélérer, notamment en régulant les actes ou consultations dont le signal-prix engendre un effet structurel injustifié.

b) Mesure proposée

La mesure vise à étendre le champ d'application de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 qui fixe un cadre légal aux protocoles sectoriels de maîtrise des dépenses d'assurance maladie au champ des soins dentaires. Ce cadre législatif prévoit notamment, que des accords peuvent être conclus à l'échelon national par les parties aux conventions mono-professionnelles, après information des organisations représentatives des professionnels de santé, de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie et des ordres professionnels de l'ouverture des négociations. Ils fixent un objectif de maîtrise de la dynamique des dépenses remboursées par l'Assurance maladie et des mesures correctrices en cas de non-respect de celui-ci.

c) Autres options possibles

Une autre option aurait pu consister à étendre le dispositif à l'ensemble des professions conventionnées. Cette option n'a cependant pas été retenue, l'intention du Gouvernement étant de mettre en place des mécanismes de régulation portant prioritairement sur les secteurs présentant les marges d'efficacité les plus importantes.

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

Bien qu'elle ne soit pas associée à un objectif de rendement, la cible de dépenses étant réputée tenue, la mesure vise à maîtriser les dépenses d'assurance maladie dans le secteur des soins dentaires au sein desquels une dynamique importante est constatée sur les volumes d'actes réalisés. En application du b) du 1^{er} de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, cette mesure a ainsi sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où elle a un effet sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure, qui n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

b) Abrogation de dispositions obsolètes

N/A

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier du dispositif peut être réputé nul sous hypothèse d'absence de dépassement des cibles de dépenses pour les professions concernées ; il permettra toutefois de contribuer à la modération d'un éventuel dépassement en cours d'exécution et contribuera donc au respect de l'objectif de dépenses.

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 réduire les sur-rémunérations existant dans le secteur des soins dentaires.

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, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

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

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

La mesure implique également l'ouverture de négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes au cours de l'année 2026.

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

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

L'impact de cette mesure sera suivi dans le cadre des conventions et du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale après modification
Des accords de maîtrise des dépenses peuvent être conclus, à l'échelon national, dans le champ de l'imagerie médicale, des transports sanitaires et de la biologie, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 322-5-2 et L. 162-14 et, dans le champ des transports effectués par une entreprise de taxi, par les organisations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-5. Ces accords définissent, pour une durée pluriannuelle : 1° Des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses ; 2° Des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé ; 3° Les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter ces objectifs ; 4° Les modalités de suivi, par les partenaires conventionnels, du respect de ces objectifs et de ces engagements ; 5° Les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect de ces objectifs, constaté annuellement ou en cours d'année. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe les organisations syndicales représentatives, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, les fédérations représentatives d'établissements de santé concernées et les conseils nationaux des ordres concernés de son intention d'ouvrir une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses. La validité de cet accord est subordonnée au respect des conditions prévues aux articles L. 162-14-1-2 et L. 322-5. Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet l'accord signé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui l'approuvent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-15.	Des accords de maîtrise des dépenses peuvent être conclus, à l'échelon national, dans le champ de l'imagerie médicale, des transports sanitaires, des soins dentaires et de la biologie, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L.162-9 et L. 162-14 et, dans le champ des transports effectués par une entreprise de taxi, par les organisations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-5. Ces accords définissent, pour une durée pluriannuelle : 1° Des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses ; 2° Des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé ; 3° Les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter ces objectifs ; 4° Les modalités de suivi, par les partenaires conventionnels, du respect de ces objectifs et de ces engagements ; 5° Les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect de ces objectifs, constaté annuellement ou en cours d'année. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe les organisations syndicales représentatives, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, les fédérations représentatives d'établissements de santé concernées et les conseils nationaux des ordres concernés de son intention d'ouvrir une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses. La validité de cet accord est subordonnée au respect des conditions prévues aux articles L. 162-14-1-2 et L. 322-5. Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet l'accord signé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui l'approuvent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-15.

Article 26 – Renforcer les incitations au conventionnement des professionnels de santé et la maîtrise des dépassements d'honoraires

VI. Présentation de la mesure

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

a) Présentation du problème à résoudre

Le système de régulation des soins de ville en France repose sur un équilibre entre la solvabilisation de la dépense par la branche maladie et des tarifs maîtrisés cohérents avec les objectifs du système en termes d'accès aux soins. Il suppose donc qu'une part prépondérante des professionnels de santé soit conventionnée et que ces professionnels conventionnés réalisent leurs actes en respectant ces tarifs.

C'est la raison pour laquelle il existe de fortes incitations liées au conventionnement dans le cadre actuel :

- Les professionnels conventionnés exerçant en secteur 1 bénéficient d'un mécanisme de prise en charge des cotisations prévu par la loi et dont les modalités sont fixées par les conventions (environ 3 Mds € de prise en charge en 2024) ;
- Les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) disposent d'un régime de prestations favorable en cas de congé maternité, paternité et d'adoption ;
- Lorsque ces mêmes PAMC pratiquent des dépassements d'honoraires ou des actes non conventionnés, ces derniers sont assujettis à une contribution spécifique de 3,25 % au profit de l'assurance maladie ;
- Enfin, les médecins conventionnés relevant du secteur 2 qui acceptent de modérer leurs dépassements d'honoraires bénéficient des dispositifs de l'OPTAM et de l'OPTAM-ACO » ;

Toutefois, en dépit de ces mécanismes, les dépassements d'honoraires s'accroissent fortement (+ 5,5 % par an depuis 2021, 4,5 Mds d'euros en 2024) et, s'agissant des médecins, le taux d'installation en secteur 2 a augmenté de 10 points entre 2017 et 2024. Dans le même temps, certaines spécialités, comme la dermatologie, s'orientent massivement vers des pratiques non conventionnées (soins esthétiques). La fréquence des dépassements tend également à s'accroître. A titre d'exemple, en médecine, alors que désormais plus de la moitié des praticiens de secteur 2 adhèrent au dispositif optionnel de maîtrise des tarifs (Optam et Optam-ACO), les taux de dépassement augmentent depuis 2020, après avoir baissé entre 2012 et 2020 ; la part d'activité sans dépassements des professionnels adhérant au secteur 2, après avoir augmenté jusqu'en 2020, est ainsi en repli.

Ces évolutions et leur impact sur le reste à charge des patients et sur les dépenses portées à la charge des complémentaires (qui prennent en charge environ 40% des dépassements) ont été récemment détaillés par un très récent rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ces évolutions montrent que les mécanismes actuels, quoique très importants par leur ampleur, ne suffisent pas à compenser la différence de situation entre conventionnement et déconventionnement, ni entre le secteur 1 (pas de dépassement d'honoraires) et le secteur 2 (autorisant des dépassements d'honoraires).

b) Présentation de la mesure proposée

La mesure proposée consiste à transformer la contribution actuelle sur les actes non-conventionnés du régime PAMC en une cotisation additionnelle due par tous les professionnels conventionnés, qui bénéficieraient en contrepartie de droit de ce régime, sans droit d'option.

Son taux serait réévalué par rapport à la contribution actuelle de 3,25 % pour désinciter à la pratique des actes non-conventionnés ou pratiqués à un tarif supérieur à celui de l'assurance maladie.

Cette contribution réduirait l'intérêt financier à pratiquer des tarifs libres, renforçant d'autant la pratique d'actes conventionnés et l'accès financier aux soins. Elle renforcerait, pour les médecins devant faire un choix définitif entre secteur 1 et secteur 2 à l'installation, l'attractivité comparative du secteur 1.

Le Gouvernement envisage par ailleurs, à la suite du rapport du HCAAM remis au début du mois d'octobre, la possibilité d'étendre le mécanisme aux revenus des professionnels non-conventionnés qui ne sont par construction pas concernés par le régime PAMC et donc par la cotisation additionnelle. Il entend également préserver le caractère incitatif de l'OPTAM.

c) Autres options

Il aurait été possible de compléter le dispositif par une mesure de rationalisation des aides aux professionnels conventionnés (plafonnement des dispositifs de prise en charge des cotisations au-delà d'un certain niveau de revenu, modulation de la prise en charge sur la base de critères géographiques). Cette option a cependant été écartée afin de recentrer le dispositif sur son objet principal qui est de désinciter financièrement aux dépassements d'honoraires et d'encourager l'exercice en secteur conventionné.

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

Cette mesure visant à instaurer une nouvelle contribution au profit exclusif de la branche maladie du régime général, qui relève donc de la LFSS au sens des 1^o et 2^o de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

3. 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. Elle ne constitue pas une aide d'Etat au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.

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

a) Possibilité de codification

La création de la cotisation additionnelle se fait par substitution aux dispositions actuelles de la surtaxe au sein de l'article L. 646-3.

Le chapitre entier est par ailleurs réécrit pour présenter plus logiquement la logique d'affiliation, puis les prestations ouvertes par risque ainsi que la surcotisation comme leur financement.

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

Collectivités d'Ostre 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>

VII. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette cotisation additionnelle vise un gain, net de l'ancienne surtaxe à 3,25%, pour la branche maladie du régime général de 310 M d'euros, soit 200 M d'euros de gain nets pour les finances publiques une fois pris en compte les effets retour sur l'impôt sur le revenu. A titre illustratif, cela pourrait représenter une hausse de 4 points sur les revenus non conventionnés des professionnels conventionnés.

Les revenus de ces professionnels étant par nature mal connus et fluctuants, et l'objet même de la mesure étant de limiter leurs progression, l'impact est estimé constant sur les années suivantes.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
Régime général/ROBSS/autre		+314	+314	+314	+314
- Maladie		+314	+314	+314	+314
Etat		-110	-110	-110	-110

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

a) impacts économiques

Les acteurs verront leur revenu net diminuer du fait de l'application de cette nouvelle cotisation. Cette perte sera néanmoins variable en fonction des comportements retenus puisqu'elle est directement indexée sur la part des revenus non-conventionnés. Il est par ailleurs probable que les professionnels ne souhaitant pas perdre ce revenu assurent une offre de soins augmentée.

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

L'acquittement de la nouvelle contribution nécessitera l'adaptation du paramétrage existant autour de la surtaxe et d'identifier les secteurs 2 non PAMC qui déclarent actuellement selon un autre circuit de recouvrement que celui dans lequel la surtaxe était applicable.

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

Les organismes de recouvrement devront adapter les mécanismes d'appel de cotisations et contributions pour assurer la perception de cette nouvelle contribution et fiabiliser son calcul.

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

La réforme sera conduite à moyens constants, même si elle implique des évolutions informatiques pour les administrations (DGFIP, URSSAF).

VIII. 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 d'application directe, son taux, son assiette et ses modalités de recouvrement étant prévus par le texte proposé.

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

Compte tenu de l'importance des travaux requis par la réforme de l'assiette des travailleurs indépendants, cette réforme sera intégrée dans les appels de cotisations et contributions au mieux au second semestre 2026.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure fera l'objet d'une description sur les sites publics (service-public.fr, site de l'URSSAF et des sections professionnelles).

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure sera suivie dans le cadre de l'annexe dédiée du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Chapitre 6 du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale avant modification	Chapitre 6 du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale après modification
Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maternité, décès) (articles L.646-1 à L.646-4)	~~Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maternité, décès) (articles L.646-1 à L.646-4)~~ Dispositions applicables aux praticiens et auxiliaires conventionnés
Article L. 646-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 646-1 du code de la sécurité sociale après modification
Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre est applicable : 1°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-5 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ; 2°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention mentionnée au 1° et de la convention prévue à l'article L. 162-14 ou, en l'absence de la convention mentionnée au 1°, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ; 3°) aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention conclue en application des articles L. 162-9, L. 162-12-2 ou L. 162-12-9 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnelle prévue au dernier alinéa de l'article L. 162-11. 4°) aux étudiants en médecine visés au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique qui effectuent le remplacement d'un docteur en médecine.	~~Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre est applicable :~~ Les dispositions du présent chapitre sont applicables : 1°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-5 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ; 2°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre ~~de la convention mentionnée au 1° et de la convention prévue à l'article L. 162-14 ou, en l'absence de la convention mentionnée au 1°~~ l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ; 3°) aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention conclue en application des articles L. 162-9, L. 162-12-2 ou L. 162-12-9 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnelle prévue au dernier alinéa de l'article L. 162-11. 4°) aux étudiants en médecine visés au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique qui effectuent le remplacement d'un docteur en médecine.
Article L. 646-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 646-2 du code de la sécurité sociale après modification
Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels peuvent, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 646-1, demander à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre. Cette option intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur option conventionnelle leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle. Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 8° de l'article L. 162-5. Les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 646-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre au moment de leur début d'activité.	Abrogé
	Section 2 (nouvelle) - Régime maternité, décès
Article L. 646-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 646-3 du code de la sécurité sociale après insertion et modification
Oltre les cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	Oltre les cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

mentionnés à l'article L. 646-1 sont redevables d'une contribution dont le taux est égal à 3,25 %. Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés : 1° Des dépassements mentionnés au 18° de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 et au 1° de l'article L. 162-14-1 ; 2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et à l'exception de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.	mentionnés à l'article L. 646-1 sont redevables d'une ~~contribution~~ cotisation dont le taux est ~~égal à 3,25%~~ fixé par décret. Cette contribution est calculée ~~et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2~~ sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés : 1° Des dépassements mentionnés au 18° de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 ~~et~~, au 1° de l'article L. 162-14-1 ~~et au 3° de l'article L. 861-3~~ ; 2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération ~~et à l'exception, 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~~ et de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.
Chapitre 5 du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale avant modification	Section 3 du chapitre 6 du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale après modification
Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (articles L.645-1 à L.645-5)	~~Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (articles L.645-1 à L.645-5)~~ Prestations complémentaires de vieillesse
Article L. 645-1 avant modification	Article L. 646-5 après modification
Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 646-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles. Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 646-1 et L. 162-14. Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.	Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 646-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles. Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 646-1 et L. 162-14. Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.
Article L. 645-2 avant modification	Article L. 646-6 après modification
Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret. Toutefois, il peut être substitué à la cotisation forfaitaire une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés tels que visés à l'article L. 642-1 pour les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6. Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.	Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article ~~L. 645-1~~ L. 646-5 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret. Toutefois, il peut être substitué à la cotisation forfaitaire une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés tels que visés à l'article L. 642-1 pour les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6. Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.
Article L. 645-2-1	Article L. 646-7
Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 645-2, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement.	Par dérogation au premier alinéa de l'article ~~L. 645-2~~ L. 646-6, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement.

Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent article, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 162-14 et L. 646-1.	Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent article, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 162-14 et L. 646-1.
Article L. 645-3	Article L. 646-8
Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1, une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation prévue à l'article L. 645-2. Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 646-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation dans les conditions prévues au 5° du I de l'article L. 162-14-1.	Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article ~~L. 645-1~~ L. 646-5 , une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation prévue à l'article ~~L. 645-2~~ L. 646-6 . Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 646-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation dans les conditions prévues au 5° du I de l'article L. 162-14-1.
Article L. 645-4	Article L. 646-9
Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article L. 645-1 et les pensions de réversion y afférentes sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-5, dans des conditions fixées par décret.	Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article ~~L. 645-1~~ L. 646-5 et les pensions de réversion y afférentes sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-5, dans des conditions fixées par décret.
Article L. 645-5 du code de la sécurité sociale	Article L. 645-10 du code de la sécurité sociale après modification
La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1er janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes. Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension. Les points acquis à compter du 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret. Pour l'application du premier alinéa, une valeur de service plus favorable peut être prévue par décret pour les pensions de réversion, au titre d'un nombre de points n'excédant pas un seuil défini par décret.	La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1er janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes. Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension. Les points acquis à compter du 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret. Pour l'application du premier alinéa, une valeur de service plus favorable peut être prévue par décret pour les pensions de réversion, au titre d'un nombre de points n'excédant pas un seuil défini par décret.

Article 27 – Favoriser l’efficacité, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

- **Pertinence des soins et efficacité du système de santé : des marges de progrès dans les pratiques hospitalières**

Certaines dépenses de santé relevant des pratiques hospitalières sont particulièrement dynamiques et nécessitent une responsabilisation de l’ensemble des établissements de santé et des hôpitaux d’instruction des armées (HIA) dès lors qu’elles ne sont pas strictement motivées par le dynamisme des besoins de santé.

C’est le cas notamment des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), qui sont les prescriptions effectuées par un professionnel exerçant en établissement de santé ou HIA et dont la réalisation ou la délivrance a lieu en ville (médicaments et dispositifs médicaux prescrits en sortie d’hospitalisation et transports sanitaires notamment). Sur la période 2019-2024, la croissance des dépenses liées aux PHEV est nettement plus dynamique que le reste des prestations soumises à prescriptions : elle s’établit à +8,3% par an en moyenne sur la période contre +5.5% pour l’ensemble des prestations soumises à prescriptions. En 2019, quatre patients sur cinq passant par l’hôpital bénéficient ainsi d’une PHEV. Ces prescriptions ont engendré une dépense de 21,5 Mds€ en 20231, soit 21 % des remboursements de soins de ville.

Par ailleurs, l’atlas des variations des pratiques médicales en France2 (IRDES, 2e édition 2023) fait toujours état de variations régionales et départementales importantes quant au recours à onze interventions chirurgicales courantes. Par exemple, en 2019, le taux de recours standardisé à la chirurgie du canal carpien varie de 51 à 333 interventions pour 100 000 habitants selon les départements, soit un rapport de 1 à 6,5. Les pratiques médicales non chirurgicales présentent également des disparités importantes, comme l’illustre l’analyse des écarts de dépenses liées au diabète en 20223 : les écarts régionaux vont de -12 % dans les Pays de la Loire à +36 % en Corse par rapport à la moyenne nationale. Ces écarts traduisent des pratiques hétérogènes selon les acteurs, sans qu’un besoin populationnel localisé ait été identifié. Il est donc nécessaire de responsabiliser ces établissements s’agissant de la réalisation de certains actes.

Les dépenses associées à ces pratiques peuvent être considérées comme non pertinentes et entraîner, au-delà du risque pour les patients lié à des prises en charge non pertinentes, une utilisation inefficace des ressources de l’assurance maladie. A cet égard, la Cour des Comptes a estimé, qu’en **2018, environ 2,8 milliards d’euros des dépenses d’Assurance Maladie auraient pu être évitées**4 (ces dépenses ne s’expliquant ni par des besoins de santé ni par les caractéristiques sociales des territoires).

- **Un levier de régulation prévu par le CAQES, que la mesure vise à transformer et à rendre pleinement opérationnel**

Le contrat d’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins (CAQES), créé par la LFSS pour 2016, en complément des Contrats de performance d’objectifs et de moyens (CPOM) visait la régulation des dépenses et l’amélioration des pratiques. Il regroupait plusieurs contrats préexistants (CAQES produits de santé et transports, contrat de bon usage des médicaments, contrat de pertinence et contrat d’amélioration des pratiques). Simplifié en LFSS pour 2020, le CAQES a été recentré sur les enjeux de pertinence. Il a alors été introduit par la loi un levier permettant aux directeurs généraux d’Agences régionales de santé de cibler des établissements pour lesquels ils constataient des volumes d’actes présentant d’importants écarts par rapport à la moyenne, en tenant compte de l’offre de santé au niveau territorial. Ce mécanisme prévoyait une période de deux ans, pendant laquelle l’établissement serait mis sous surveillance avec un dialogue resserré entre l’ARS et l’établissement visant l’amélioration de la pratique hospitalière. En cas de persistance des pratiques aberrantes au bout des deux ans, une sanction financière était en outre prévue en dernier recours. Ce levier n’a jamais été mis en œuvre.

Ce dispositif contractuel très ciblé est toutefois critiqué tant pour sa lourdeur administrative que pour l’effet modeste qu’il peut avoir sur la régulation du secteur. Le nombre d’établissements entrant dans le dispositif CAQES a légèrement diminué en 2023, passant de 1 113 établissements en 2022 à 1 104 établissements. **Sur l’ensemble des indicateurs nationaux**, les économies générées en 2023 s’élèvent à **45,2 M€**.

- **Une simplification du mécanisme d’incitation à l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**

Le dispositif d’incitation financière à l’amélioration de la qualité (IFAQ) consiste en une dotation versée aux établissements de santé et HIA en fonction des résultats obtenus aux indicateurs de mesure de la qualité et de la sécurité des soins. Il a été généralisé aux établissements MCO en 2016, aux établissements SMR en 2017 et aux établissements de psychiatrie en 2022.

¹ DSS, Rapport d’évaluation des politiques de sécurité sociale Maladie 2024, 2025

² Irdes, Atlas des variations de pratiques médicales, 2024

³ CNAM, Rapport charges et produits pour 2025, 2024

⁴ Cour des Comptes, L’objectif National De Dépenses d’Assurance Maladie (ONDAM), avril 2025

Ce dispositif est régulièrement critiqué en raison de son manque de lisibilité et de prévisibilité, d’un éclatement des initiatives et d’un manque de portage politique des enjeux dédiés à la qualité et à la pertinence, qui sont des dimensions intrinsèquement liées¹.

b) Mesure proposée

- **Création d’un dispositif d’incitation financière à l’efficacité et à la pertinence des soins et des prescriptions**

Il est proposé de mettre en œuvre un dispositif rénové d’incitation financière des établissements de santé, s’appliquant également aux HIA2, permettant de les responsabiliser sur les enjeux de pertinence et d’efficacité, au regard d’objectifs et d’indicateurs spécifiques aux pratiques de soins et de prescriptions qui seront fixés au niveau national ou régional.

Contrairement au CAQES qui ne ciblait que certains établissements, tous les établissements de santé et HIA seront ainsi encouragés, de manière transversale, à améliorer leurs résultats s’agissant d’une pratique, de la réalisation d’un acte, ou plus largement de l’atteinte d’un objectif de prise en charge ou de modification des volumes de prescriptions par exemple.

En fonction des résultats observés sur les indicateurs définis par voie réglementaire, cet outil comporterait un double volet :

- Un intéressement financier en fonction des économies réalisées sur les dépenses d’assurance maladie obligatoire, dans une logique de partage des gains réalisés entre l’établissement de santé ou l’HIA et l’Assurance Maladie ;
- Une minoration de tout ou partie des financements auxquels les établissements ou HIA sont éligibles ;

Le cadre réglementaire viendra préciser les catégories d’indicateurs utilisés, les financements concernés par la minoration, les modalités de mise en œuvre de la minoration et de l’intéressement, la durée d’évaluation et des seuils minimaux à atteindre pour certains indicateurs.

A titre d’exemple, des objectifs de réduction des dépenses générées par les prescriptions hospitalières réalisées en ville pourraient être fixés aux établissements de santé et HIA afin de les inciter à améliorer leurs pratiques quant aux prescriptions de médicaments ou de dispositifs médicaux en sortie d’hospitalisation. En effet ces prescriptions font régulièrement l’objet d’adaptation peu de temps après leur réalisation pour tenir compte de l’évolution de l’état de santé du patient ou de l’ajustement des soins de cicatrices par les infirmiers. Ces prescriptions génèrent donc une dépense inutile et du gaspillage et conduisent parfois les patients à stocker des médicaments antidouleurs devant normalement être soumis à un usage contrôlé.

Par ailleurs, la prescription de classes thérapeutiques les plus sujettes au mésusage ou témoignant d’atypie importante par rapport aux prescriptions en ville feront l’objet d’une attention particulière. A titre d’exemple, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) génèrent une dépense remboursée sur prescription en ville en décroissance de 6% par an sur la période 2021-2024 quand, parallèlement, les dépenses découlant de PHEV sont, elles, en hausse de +4% par an sur la même période.

Ainsi le fait de veiller à la stricte économie de ces prescriptions en volume et en durée sera encouragé.

- **Levier de mise sous surveillance**

S’agissant de l’incitation des établissements et HIA s’écarter le plus des bonnes pratiques, il est proposé de **faire du levier de mise sous surveillance des établissements de santé, précédemment prévue dans la contractualisation CAQES, un dispositif autonome**. Dans un souci de simplification, il est proposé de renvoyer au niveau réglementaire la définition des caractéristiques de ce levier et les modalités de sa mise en œuvre. Ainsi, seront précisés par voie réglementaire :

- **les actes faisant l’objet de la mise sous surveillance**, en s’appuyant notamment sur les 11 actes retenus dans l’Atlas des variations de pratiques hospitalières produits par l’Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) et la haute autorité de santé (HAS). Ces actes comprennent notamment la césarienne, l’amygdalectomie, la chirurgie bariatrique, la pose de prothèse du genou, la chirurgie du canal carpien. La liste gagnerait à être discutée avec les fédérations hospitalières ;
- **les modalités de ciblage des établissements et HIA en mobilisant** les directeurs généraux d’agences régionales de santé pour identifier les établissements et HIA de leurs territoires nécessitant un dialogue resserré. Des données collectées par l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH) seront mises à disposition des acteurs par l’échelon national ;
- **la durée de la mise sous surveillance** qui pourrait par exemple être de deux ans ;
- le degré d’exigence dans la normalisation des pratiques ;
- les modalités de minoration des financements alloués à l’établissement.

Il est également proposé de renvoyer au niveau réglementaire le dimensionnement des efforts à fournir par les établissements et HIA afin, le cas échéant, de le moduler. Sur le plan financier, cette mesure doit permettre de générer des économies en premier lieu par un changement des pratiques et une meilleure pertinence des actes réalisés dans les établissements et HIA concernés. En second lieu, la minoration des financements, qui n’est pas l’objectif premier recherché,

¹ Cf. rapport IGAS Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants - juillet 2024

² Pour lesquels aucune modification législative n’est nécessaire compte tenu de la rédaction actuelle de l’article L. 174-15 du CSS, déterminant les articles sur le financement des établissements de santé applicables aux HIA, qui permettra de leur appliquer ces deux nouveaux dispositifs.

se traduirait également par des économies. Le chiffrage précis des économies dépend des actes retenus et du changement de comportement observé, ce qui est par définition impossible à anticiper avec précision.

La présente mesure propose par ailleurs d’acter au niveau législatif la disparition du CAQES fin 2026, à l’issue des contrats existants à ce jour.

- **Simplification du dispositif IFAQ et articulation avec les dispositifs d’incitation à la pertinence**

Il s’agit de simplifier le dispositif d’incitation financière à l’amélioration de la qualité (IFAQ).

Par ailleurs, l’harmonisation de la légistique entre les dispositifs d’incitation financière à l’amélioration de la qualité et à la pertinence de soins améliore la lisibilité de la politique portée par le ministère qui rapproche ces deux thématiques et les pilote de manière coordonnée.

c) Autres options possibles

S’agissant spécifiquement des prescriptions hospitalisées exécutées en ville, l’instauration d’un dispositif d’intéressement à destination des établissements de santé aurait été envisageable. Celui-ci se déclencherait selon l’évolution des pratiques de l’hôpital en matière de PHEV. Il pourrait, à titre d’exemple, être prévu que le quantum de cet intéressement soit égal à 50% de l’économie induite suite à l’amélioration des pratiques de prescription, si celle-ci était constatée. Ce mécanisme serait encadré par un contrat cosigné entre l’établissement de santé et l’ARS. Ce modèle est notamment porté par la CNAM dans son rapport Charges & Produits 2026.

Plus restreint ce modèle ne permet de répondre que de façon limitée à l’enjeu de pertinence et d’efficacité à l’hôpital en ne ciblant que les PHEV. Par ailleurs le modèle IFEP permet de construire un dispositif reposant sur une logique de bonus/malus.

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

Cette mesure a sa place en loi de financement de la sécurité sociale puisqu’elle vient modifier les règles du financement des établissements de santé. La minoration des financements ou l’incitation financière via un dispositif d’intéressement ont toutes deux un impact sur les dépenses de l’assurance maladie obligatoire (AMO). Cette mesure est ainsi justifiée par le 3° de l’article LO111-3-6 du code de la sécurité sociale, car l’AMO finance les dotations et les tarifs attribués aux différents établissements de santé.

II. Consultations obligatoires

En application de l’article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l’Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d’un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l’Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L’article 48 du Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu’éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l’égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l’homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de cette mesure. Cette dernière n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Afin d’apprécier le rendement de la mesure transversale d’amélioration de l’efficience et de la pertinence des soins et prescriptions, on peut retenir comme hypothèse une réduction de 0,5% des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), qui représente une économie de l’ordre de 100M€ par an hors hépatite C et hors transports (qui entreront dans le champ de la mesure d’intéressement et permettront d’atteindre une économie plus importante). Cette économie connaîtra nécessairement une montée en charge progressive sur les années à venir.

De manière plus ciblée, la mesure de mise sous surveillance doit permettre de favoriser la sobriété et la pertinence des soins et générer des économies structurelles pour les établissements concernés. Ces gains dépendront du nombre et de la nature des actes ciblés et des niveaux de réduction des volumes formulés par les ARS aux établissements.

Sur les onze actes de l’atlas des pratiques, deux ont fait l’objet d’une évaluation des gains potentiels : l’amygdalectomie et la chirurgie bariatrique.

Sur la base des données 2023 de scan santé et en retenant les départements en sur-recours de 10% par rapport à la moyenne nationale, on peut estimer les économies potentielles sur ces deux actes ainsi :

- Amygdalectomie : 29 départements ciblés avec un potentiel de 2,3 M€
- Chirurgie bariatrique : 5 régions ciblées avec un potentiel de 11 M€

En extrapolant ces résultats sur les 5 actes, le potentiel se situe autour de 33 M€ sur 3 ans.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028

ROBSS					
- Maladie	0	0	0	70	100
- AT-MP	0	0	0	0	0
- Famille	NA	NA	NA	NA	NA
- Vieillesse	NA	NA	NA	NA	NA
- Autonomie	NA	NA	NA	NA	NA
(Autre : État, etc.)	NA	NA	NA	NA	NA

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

a) impacts économiques

Les mesures proposées auront un impact direct sur l’amélioration de l’efficacité et de la pertinence des actes par les mesures incitatives et coercitives qu’elles mettent en œuvre.

Elles clarifient l’articulation des différents dispositifs et participent à la clarté et l’intelligibilité de la norme.

b) impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l’environnement

L’amélioration des pratiques de prescription au plus juste des besoins des patients en volume et en durée contribuera à la lutte contre le gaspillage des produits de santé dont certains (les médicaments) peuvent présenter des risques pour la santé (contamination des sols et des eaux) si leur recyclage n’est pas assuré.

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

Sans objet.

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

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

Les mesures proposées n’ont pas de conséquences sur les assurés ou les redevables.

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

Cette mesure aura un impact sur les systèmes d’information de la CNAM, de l’ATIH et des ARS.

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.

Le décret et l’arrêté prévus pour assurer la mise en œuvre de l’article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale issu du 1° du présent article seront pris en début d’année 2026 pour application dès la campagne budgétaire 2026.

Le décret en conseil d’état, le décret simple et l’arrêté prévus pour assurer la mise en œuvre des autres dispositions de cette mesure seront pris pour application dans le cadre de la campagne budgétaire 2027.

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 mesure transitoire n’est prévue, ce dispositif sera pleinement opérationnel dès son entrée en vigueur.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi dans le cadre des campagnes annuelles tarifaires des établissements de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 sont intéressés financièrement à l'efficacité et à la pertinence des soins qu'ils délivrent ou des prescriptions des professionnels de santé exerçant en leur sein. En fonction des résultats obtenus par les établissements au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, qui peuvent être exprimés en volume ou en évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs relatifs à l'efficacité et à la pertinence des soins et des prescriptions, le directeur général de l'Agence régionale de santé peut leur : « a) Attribuer une dotation complémentaire calculée en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie ; « b) Appliquer une pénalité financière via la minoration des financements de l'assurance maladie auxquels ils sont éligibles, pour un montant ne pouvant excéder 2% du total de ces financements. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article, notamment les catégories d'objectifs qui relèvent du niveau national et celles qui relèvent du niveau régional, les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé arrête les objectifs régionaux, ainsi que, selon les catégories d'objectifs, les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité susmentionnées. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des objectifs nationaux et régionaux et celle des indicateurs permettant de mesurer les résultats des établissements, ainsi que le dispositif d'incitation applicable à chacun de ces objectifs.
	Article L. 162-23-14-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate que les pratiques d'un établissement présentent un écart significatif, supérieur en nombre ou en évolution, d'actes, de prestations ou de prescriptions par rapport aux moyennes régionales ou nationales, il peut fixer à cet établissement, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, un volume ou une évolution d'actes, de prestations ou de prescriptions annuel cible attendu sur une période donnée. A l'issue de la période susmentionnée si l'établissement réalise toujours un volume d'actes, de prescriptions ou de prestations supérieur au volume annuel cible fixé, ou si leur évolution n'est pas conforme à l'évolution attendue, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, lui infliger la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-23-14. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique.

	Les modalités d'application de cet article, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale après modification
I. - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients. II. - Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, sur trois mesures de résultat consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné. Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. Lorsque, pour une mesure de résultat donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté sur trois mesures de résultat consécutives et propose des mesures d'accompagnement. L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique. Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs. Le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi ces indicateurs. La lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables figure également parmi ces indicateurs, en se fondant sur le suivi des interventions pharmaceutiques.	~~I. Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.~~ ~~II. Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, sur trois mesures de résultat consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.~~ ~~Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.~~ ~~Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint.~~ ~~Lorsque, pour une mesure de résultat donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté sur trois mesures de résultat consécutives et propose des mesures d'accompagnement.~~ ~~L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique.~~ ~~Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I.~~ ~~III. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.~~ ~~Le développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile figure parmi ces indicateurs. La lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables figure également parmi ces indicateurs, en se fondant sur le suivi des interventions pharmaceutiques.~~ ~~Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, détermine la période au cours de laquelle est recueilli chaque indicateur, qui ne peut être inférieure à~~

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, détermine la période au cours de laquelle est recueilli chaque indicateur, qui ne peut être inférieure à un an, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.	~~un an, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.~~ Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 peuvent être incités financièrement à la qualité et la sécurité des soins. En fonction des résultats obtenus, évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la qualité et la sécurité des soins, le directeur général de l'Agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire ainsi que les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis par chaque établissement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins et leurs modalités d'évaluation.
Article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale après modification
Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie. Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés audit article L. 162-30-3, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional. En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus	Abrogé au 1er janvier 2027

des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.	
Article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale après modification
L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux. L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant inclure un volet consacré à ce plan dans le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2. Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable. Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'Etat ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le contrat mentionné au même article L. 162-30-2. Ce volet fixe, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné au deuxième alinéa du présent article, les catégories et le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet consacré à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour	Abrogé au 1er janvier 2026

arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.	
Article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale après modification
La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. Le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation relevant du 2° de l'article L. 162-22-2. A l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu Inscrit au volet mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, et peut fixer une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. A l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le montant de l'enveloppe régionale au titre des dotations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 du présent code. Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés.	Abrogé au 1er janvier 2026

Article 28 – Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie, la durée d'indemnisation des arrêts de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et supprimer l'obligation de visite de reprise pour un retour de congé maternité

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

1. Limitation de la durée de prescription des arrêts de travail

- Une meilleure maîtrise de la durée des arrêts de travail pour maladie permettra de réguler la dépense d'indemnités journalières

La dynamique des dépenses d'indemnités journalières connaît une accélération notable ces dernières années. La dépense consacrée à l'indemnisation des arrêts maladie des salariés du privé et des contractuels de la fonction publique atteint ainsi 11,3 milliards d'euros en 2024. Face au déficit de l'Assurance maladie, et dans une perspective de soutenabilité de notre système de protection sociale, ralentir la dynamique des dépenses d'IJ permettrait de dégager des économies.

La croissance des dépenses d'IJ entre 2019 et 2023 s'explique :

- En majorité par des facteurs économiques et démographiques (60%) : la hausse du salaire moyen ou du SMIC explique 36% de l'augmentation des IJ et l'augmentation de la population salarié et le vieillissement de la population sur le marché du travail 18% ;
- Mais également par une hausse de la sinistralité (40%) avec une évolution du taux de recours à tous âges qui explique 34% de la croissance et une augmentation de la durée moyenne des arrêts qui en explique 5%.
- Les durées d'arrêt maladie prescrites ne correspondent pas toujours aux durées recommandées par la CNAM sur avis de la HAS

Depuis 2010, l'Assurance maladie met à disposition des fiches repères qui mentionnent les durées indicatives d'arrêt de travail pour les situations cliniques particulières ou des pathologies courantes, et en fonction du poste de travail occupé ou du type d'intervention subie.

Ces fiches sont élaborées après avis de la Haute autorité de santé et mises à la disposition des professionnels de santé prescripteurs (médecins, sage-femmes, chirurgiens-dentistes) afin de les aider dans leur prescription d'arrêt. Elles tiennent compte des référentiels français existants en traumatologie principalement et étrangers (américain, espagnol, anglais) et s'appuient sur des données terrains via l'analyse des durées réelles prescrites par pathologie dans le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM). Il existe aujourd'hui 68 fiches dont la majorité concerne des interventions chirurgicales mais également des pathologies ostéo-articulaires ou traumatiques. Les durées y figurant sont indicatives et doivent être adaptées en fonction de la situation de chaque patient. L'analyse des quatre principaux motifs d'arrêt maladie prescrits en 2023 montre que la majorité des arrêts dépassent les durées recommandées avec des écarts entre les patients et les prescripteurs très importants¹ :

- Pour les troubles anxio-dépressifs mineurs (TADM) : une large part d'arrêts dépasse la durée recommandée de 14 jours. Parmi les professionnels de santé prescripteurs dépassant la durée recommandée, 10% (3 015) ont prescrit des arrêts pour TADM de plus de 47,5 jours soit des durées incompatibles avec les recommandations de réévaluation précoce.
- Pour la lombalgie commune : parmi les professionnels de santé prescripteurs dépassant la durée recommandée de 5 jours, 10% (4 106) ont prescrit des arrêts pour lombalgie commune de plus de 26,3 jours.
- Pour la sciatique : 13% des arrêts dépassent la durée recommandée de 35 jours. Parmi les professionnels de santé prescripteurs dépassant la durée recommandée, 50% (2 984) ont prescrit des arrêts pour sciatique de plus de 59 jours et 10% (597) ont prescrit des arrêts pour sciatique de plus de 124 jours.
- Pour la tendinopathie de la coiffe des rotateurs : parmi les professionnels de santé prescripteurs dépassant la durée recommandée, 10% (1 395) ont prescrit des arrêts pour tendinopathie de la coiffe des rotateurs de plus de 130 jours alors que la durée la plus haute recommandée est de 21 jours sans chirurgie et de 90 jours s'il y a eu chirurgie.

En 2024, on observe que :

- Sur les 10,5 millions de prescriptions d'arrêt de travail en ville, 900 000 le sont pour une durée supérieure à 15 jours ;

¹ CNAM, Rapport Charges et produits pour 2026

- Sur les 4,3 millions de prescription d'arrêt de travail à l'hôpital, 300 000 le sont pour une durée supérieure à un mois ;
- Sur les prescriptions d'arrêt de travail dématérialisées en 2024 (soit 72% du total des arrêts de travail), 2,7% étaient des primo prescriptions d'une durée de plus d'un mois correspondant à 19% des journées prescrites ;
- Sur les avis d'arrêt travail réalisés sous format papier en 2024 (28% du total), 10% étaient des primo prescriptions d'une durée de plus d'un mois.

Ces prescriptions sont parfois incompatibles avec un suivi pertinent de certaines pathologies, en particulier lorsqu'il s'agit de prescriptions initiales. Qu'il s'agisse des arrêts initiaux ou des prolongations, les motifs majoritairement renseignés pour des durées supérieures à un mois correspondent à des syndromes dépressifs et à des troubles anxio-dépressifs mineurs, alors que la Haute autorité de santé (HAS) recommande un suivi médical régulier dans ces situations¹.

2. Limitation de la durée de versement des IJ ATMP

Dans la législation AT-MP actuelle, et contrairement à celle applicable au risque maladie, il n'existe pas de limitation à la période d'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire. En effet, l'IJ AT-MP, dont le montant est majoré à hauteur de 80% du salaire journalier à compter du 29ème jour d'arrêt de travail, est versée durant l'intégralité de l'incapacité temporaire jusqu'à la guérison complète ou bien la consolidation de la victime. Or la CNAM constate que les arrêts de travail liés à un ATMP les plus longs, s'ils sont peu nombreux, sont particulièrement dynamiques et pèsent fortement en coût (en 2024, les arrêts de plus de 3 ans représentent 2,8% des sinistres mais représentent 9,8% du montant des IJ versées)

Par ailleurs, le certificat médical final (CMF), qui permet de mettre fin à la période d'incapacité temporaire, est de moins en moins utilisé par les médecins de ville. En effet, le nombre de CMF est passé de 528 000 en 2017 à 143 000 en 2024. Ce changement de pratique de la part des médecins est un des facteurs explicatifs de l'allongement de la durée des arrêts de travail pour AT-MP.

Les campagnes de contrôle successives menées par les directions régionales du service médical de l'assurance maladie (2016, 2018, 2023, 2024) visant à vérifier la justification des arrêts les plus longs ont démontré que les situations identifiées font majoritairement l'objet d'une consolidation, mettant fin au versement des indemnités IJ AT-MP. En effet, la situation médicale des assurés étant nécessairement stabilisée au bout de plusieurs années, ces derniers doivent être consolidés et indemnisés au titre de l'incapacité permanente, qui reconnaît l'existence d'atteintes persistant de manière définitive et non plus de l'incapacité temporaire qui, par nature, n'a pas vocation à couvrir une situation devenue permanente.

Toutefois, cette pratique du service du contrôle médical, lourde en gestion, ne peut se pérenniser et le constat d'une très large part de consolidation effectuée à la suite de ces contrôles amène à proposer une mesure plus systématique via l'encadrement juridique de la durée d'arrêt de travail instaurant une consolidation à l'issue de celle-ci et le déclenchement d'une indemnisation au titre de l'incapacité permanente.

En outre, l'absence de repère opposable en termes de délais d'indemnisation, ne permet pas d'accompagner de manière satisfaisante le retour à l'emploi des assurés de manière suffisamment précoce, en lien avec les employeurs et les services de l'assurance maladie.

3. Suppression de l'obligation de visite de reprise après un congé de maternité

L'examen de reprise du travail réalisé par le médecin du travail est obligatoire après :

- un congé maternité,
- une absence pour cause de maladie professionnelle,
- une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail,
- une absence d'au moins 60 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel.

Lors de cet examen, le médecin du travail vérifie que le poste de travail du salarié est compatible avec son état de santé, propose un aménagement, une adaptation du poste ou un reclassement du salarié, si la situation du salarié l'exige et émet le cas échéant, un avis d'aptitude.

La visite de reprise à la suite d'un congé maternité est prévue à la fois en partie législative (article L. 4624-2-3 du code du travail) et réglementaire (article R. 4624-31 du code du travail et R.717-17-1 du code rural et de la pêche maritime).

Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le service de prévention et de santé au travail ou le service de santé au travail en agriculture qui organise l'examen de reprise le jour de la reprise effective du travail par le travailleur, et au plus tard dans un délai de huit jours qui suivent cette reprise.

Alors que les services de prévention et de santé au travail, confrontés à une pénurie médicale, rencontrent des difficultés pour respecter le délai réglementaire de 8 jours après la fin du congé maternité pour organiser l'examen de reprise, près de 30% de ces visites ne sont pas réalisées dans ce délai (données issues de l'enquête annuelle de PRESANSE pour l'année 2023). En l'absence de visite, les femmes de retour d'un congé de maternité, pour éviter toute perte de rémunération, peuvent prendre l'attache de leur médecin traitant pour solliciter un arrêt de travail dans l'attente de cet examen de reprise, occasionnant des indemnités journalières supplémentaires.

¹ CNAM, Rapport Charges et produits pour 2026

b) Mesure proposée

1. Limitation de la durée de prescription des arrêts de travail

La mesure vise à fixer un plafond permettant de limiter la durée des prescriptions d'arrêt de travail afin de mieux maîtriser la dépense d'indemnités journalières, tout en garantissant un suivi médical plus régulier de la personne arrêtée. La mesure consistera donc à encadrer le droit de prescription de l'ensemble des professionnels de santé prescripteurs d'arrêts de travail, à savoir les médecins, sage-femmes et chirurgiens-dentistes. La mesure réintroduit ainsi des durées maximales de prescription pour les sage-femmes, durées qui avaient été supprimées par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Il est proposé d'encadrer tant la durée des primo-prescriptions d'arrêts que des prolongations d'arrêts.

Une possibilité de dérogation à ce plafond est néanmoins prévue lorsque la situation du patient justifie une durée d'arrêt plus longue, et, lorsqu'elles existent, en considération des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé. Cette nécessité devra être justifiée par le médecin au moment de la prescription. L'arrêt de travail prescrit pourra ainsi dépasser le plafond prévu par décret en Conseil d'Etat si la pathologie du patient le justifie ou s'il est placé dans une situation particulière, notamment en raison de la nature de son activité professionnelle.

Concernant les primo-prescriptions, il est proposé de différencier la limite de durée selon que la prescription est réalisée en ville ou à l'hôpital pour prendre en compte la gravité des pathologies prises en charge à l'hôpital, résultant à des arrêts de travail plus longs. Ainsi **les durées de primo-prescription d'arrêt de travail seront limitées** :

- **A 15 jours lorsque l'arrêt est prescrit en ville ;**
- **A 30 jours lorsque l'arrêt est prescrit à l'hôpital.**

Les durées de prolongation d'arrêt de travail seront limitées à deux mois, pour l'ensemble des prolongations, qu'elles soient prescrites en ville ou à l'hôpital. Ainsi, les arrêts de travail pourront être prolongés par le professionnel de santé à plusieurs reprises si nécessaire, mais ce dans la limite de deux mois à chaque renouvellement. Ces durées maximales seront fixées par voie réglementaire.

Pour les situations dans lesquelles la rémission de l'assuré nécessite un arrêt de travail d'une durée supérieure à celle initialement prescrite par le médecin, l'assuré devra s'assurer d'obtenir un rendez-vous pour une nouvelle consultation avant l'échéance de son arrêt maladie, afin de voir ce dernier prolongé. En effet, pour obtenir une prolongation d'arrêt sans application d'un nouveau délai de carence, l'assuré devra obtenir une consultation au cabinet du médecin, ou en téléconsultation auprès de son médecin traitant, soit avant l'expiration de son arrêt maladie, soit le lendemain au plus tard.

L'assuré devra ainsi anticiper la prolongation de son arrêt et prendre rendez-vous pour une nouvelle consultation médicale, dans un délai de 15 jours ou 30 jours selon les cas. La mesure aura donc pour conséquence d'augmenter le nombre de consultations médicales. Les conditions d'accès aux consultations médicales au regard du contexte de démographie médicale actuel devraient permettre dans la majorité des cas aux assurés d'obtenir un rendez-vous dans les délais. En effet, selon une enquête de la DREES de 2018¹, il s'écoule en moyenne, chez les médecins généralistes, 6 jours entre la prise de contact et le rendez-vous : 25 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée, 50 % en deux jours ou moins et 50 % en plus de deux jours ; 10 % des demandes se concluent par un rendez-vous dans un délai d'au moins 11 jours. Ces conditions d'accès aux consultations médicales connaissent néanmoins d'importantes disparités territoriales. Dans les situations où un assuré ne serait pas en mesure d'avoir accès à une consultation médicale dans les délais au regard de la démographie médicale du territoire, le prescripteur pourra déroger à la durée maximale de prescription.

Le formulaire de prescription en ligne via le téléservice ameli-pro sera paramétré afin de tenir compte des nouvelles règles sur la durée de prescription en permettant notamment le cas échéant au médecin d'indiquer les raisons pour lesquelles il déroge aux durées fixées par décret en Conseil d'Etat. Le formulaire d'arrêt de travail papier sera complété d'une mention visant à rappeler aux prescripteurs le principe d'une durée maximale de prescription à 15 ou 30 jours en cas de primo-prescription, et à deux mois en cas de renouvellement et permettra également d'indiquer les motifs de dérogation à cette durée.

La mesure rend par ailleurs obligatoire pour les prescripteurs le renseignement du motif d'arrêt au sein de l'avis d'arrêt de travail, à des fins de contrôle des prescripteurs ainsi qu'à des fins statistiques. Cette mesure entrera en vigueur à partir du 1^{er} septembre 2026 au regard des développements informatiques nécessaires.

2. Limitation de la durée de versement des IJ ATMP

Contrairement aux indemnités journalières versées au titre du risque maladie, les IJ AT-MP ne connaissent pas de durée maximale de versement. Or, sauf situations particulières, la situation médicale des assurés est nécessairement stabilisée au bout de plusieurs années et il n'y a donc plus lieu que les assurés soient indemnisés au titre de l'incapacité temporaire.

La mesure vise donc à instaurer, pour chaque sinistre, une limitation de durée au terme de laquelle l'état de santé sera considéré comme consolidé. Si des séquelles permanentes sont constatées, l'assuré bénéficiera alors d'une rente AT/MP ou d'une indemnité en capital qui remplacera les indemnités journalières. La durée limite de versement des IJ AT-MP sera précisée au niveau réglementaire : il est envisagé une durée maximale de 4 ans.

Cette mesure ne fait pas obstacle à la reprise du versement d'IJ à l'assuré si son état de santé se détériore à nouveau. En effet, conformément aux dispositions actuelles du code de la sécurité sociale, en cas d'apparition de nouvelles séquelles liées au sinistre initial, l'assuré pourra toujours procéder à une reconnaissance de sa rechute, ce qui lui permettra de rouvrir

¹ DREES, Etudes et Résultats numéro 1085, octobre 2018

les droits aux indemnités journalières. De même, si ses séquelles existantes à la date de la consolidation s'aggravent, l'assuré pourra également demander une révision de son taux d'incapacité permanente (IP).

Cette fin de durée d'indemnisation permet d'anticiper la fin de l'arrêt et de préparer dans de meilleures conditions le retour au travail. Par ailleurs, la décision de consolidation à partir de ce délai ne sera plus sujette à contestation devant la commission médicale de recours amiable (CMRA).

3. Suppression de l'obligation de visite de reprise après un congé de maternité

Il est proposé de rendre facultatif l'examen de reprise après un congé de maternité dans le code du travail pour le laisser à l'appréciation du travailleur ou de l'employeur, si ces derniers anticipent d'éventuels risques au retour du congé de maternité (fatigue, post-partum, problèmes physiques liés à la grossesse, difficultés liées à l'allaitement, dépression post-natale...).

En ne rendant plus obligatoire les visites de reprise après congé de maternité, ces dernières seront moins nombreuses, faisant baisser par voie de conséquences les demandes d'arrêt de travail auprès du médecin traitant, ce qui aura pour effet de diminuer d'autant les indemnités journalières associées.

Par ailleurs, d'autres mesures règlementaires sont envisagées afin d'instaurer pour les arrêts pour cause de maladie professionnelle une visite de reprise après une absence d'au moins 30 jours -là où les textes ne prévoient pas de durée dans ce cas aujourd'hui ; et d'allonger la durée des arrêts justifiant l'organisation d'une visite de reprise, en passant la durée de 30 à 90 jours en cas d'accident du travail et de 60 à 120 jours en cas de maladie ou d'accident non professionnel. En allongeant la durée minimum des arrêts de travail avant un examen de reprise ou en prévoyant un délai qui n'existait pas pour les arrêts maladies professionnelles, le champ des visites de reprise est restreint, de même que leur nombre.

c) Autres options possibles

Concernant la limitation de la durée de prescription des arrêts maladies, une mesure alternative aurait pu consister à mettre en place plus explicitement une mesure d'incitation des prescripteurs à respecter les durées prévues par les référentiels issus des fiches repères fournies par l'Assurance maladie.

Les prescripteurs doivent d'ores et déjà mentionner sur le volet 1 du formulaire d'avis d'arrêt de travail les éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt (article L. 162-4-1 du CSS). Autrement dit, le motif médical justifiant l'arrêt doit être renseigné sur le formulaire. Pour un certain nombre de pathologies motivant l'arrêt, les fiches repères de l'Assurance maladie mentionnent les durées indicatives d'arrêt de travail, en fonction du poste de travail occupé ou du type d'intervention subie.

Il aurait pu être envisagé de faciliter le renseignement de la durée recommandée en fonction du motif renseigné sur le prescripteur en prévoyant que :

- En cas de prescription d'arrêt de travail numérique via ameli-pro, aussi appelé « e-AAT », le formulaire propose des listes déroulantes de motifs, et une fois le motif sélectionné, les dates de l'arrêt auraient été renseignées automatiquement, conformément aux recommandations. Une autre option aurait pu consister à prévoir l'affichage d'une fenêtre pop-up uniquement lorsque la durée d'arrêt renseignée par le prescripteur n'est pas celle recommandée. Le prescripteur aurait ici gardé la possibilité de modifier les dates prescrites en fonction de la situation de son patient.
- En cas de prescription d'arrêt de travail par voie papier, il aurait pu être envisagé d'intégrer un QR code au formulaire, renvoyant vers une page recensant les informations sur les durées d'arrêts recommandées en fonction des pathologies.

Cette alternative a été écartée notamment pour limiter les développements informatiques nécessaires à la mise en œuvre.

Concernant la limitation de la durée de versement des IJ ATMP

Pour réguler la durée d'indemnisation de l'incapacité temporaire, dans le cadre juridique actuel, une mesure alternative aurait pu consister à maintenir en gestion les campagnes d'actions menées par les DRSM visant à vérifier la justification des arrêts les plus longs et à procéder à des consolidations. Toutefois, la pérennisation de cette pratique n'est pas souhaitable pour deux raisons : d'une part, elle nécessite de lourdes ressources en matière de gestion, et d'autre part, elle peut être source d'hétérogénéité des pratiques en l'absence de définition d'une règle unique.

Par ailleurs, inscrire dans la loi une durée maximale de versement des IJ AT-MP permet une meilleure capacité d'anticipation pour les assurés comme pour le service médical de l'assurance maladie et les employeurs. En effet, en déterminant à l'avance la date de passage d'incapacité temporaire à l'incapacité permanente, l'examen du médecin-conseil ainsi qu'un accompagnement de la victime dans la reprise du travail sera plus facilement mis en place.

Concernant la suppression de l'obligation de visite de reprise après un congé de maternité, un autre scénario aurait pu être envisagé.

Il aurait consisté à supprimer totalement la visite de reprise après un congé de maternité. Néanmoins, le Gouvernement privilégie le maintien de la faculté d'un examen de reprise offerte à toute salariée ou à son employeur dès lors que l'un ou l'autre le jugerait nécessaire au regard de son état physique ou psychologique ou si son poste justifie particulièrement une visite et une réappropriation du poste après échange avec le médecin du travail et le cas échéant une proposition d'aménagement de poste.

Cette mesure a été privilégiée par rapport à la suppression totale de l'examen de reprise afin de garantir un suivi médical minimum à une femme revenant d'un congé de maternité.

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

La mesure a un impact sur les dépenses de l'assurance-maladie, dès lors qu'elle augmente les dépenses liées aux hausses du remboursement des consultations d'une part, et qu'elle permet de réduire le nombre d'arrêts et ainsi les dépenses d'indemnités journalières d'autre part, ce qui justifie ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre 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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Le principe de limitation de la durée de l'arrêt de travail pouvant être prescrite sera codifiée et nécessite une modification des articles L. 162-4-1, L. 162-4-4 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale. Un décret en conseil d'Etat devra fixer le plafond.

Le principe de limitation de la durée de versement des indemnités journalières AT-MP sera codifiée et nécessite une modification de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale. Un décret simple fixera la durée maximale de versement.

La suppression de l'obligation de visite de reprise après un congé de maternité sera codifiée à travers une modification de l'article L. 4624-2-3 du code du travail.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable sauf s'agissant du volet relatif à la limitation de la durée de versement des IJ ATMP et sauf s'agissant du volet relatif à la suppression de l'obligation de la visite de reprise

<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure directement applicable sauf s'agissant du volet relatif à la limitation de la durée de versement des IJ ATMP</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure limitant la durée de prescription des arrêts de travail devrait permettre de dégager au total **10 M€** d'économies en année pleine.

Il est estimé que cette mesure devrait conduire à créer de nouvelles dépenses liées à l'augmentation des consultations visant à prolonger les arrêts de travail, et ce à hauteur de 30 M€ (22 M€ de remboursement au titre de consultations supplémentaires en comptant deux consultations pour les arrêts supérieurs à deux mois et 15 jours et 8 M€ de remboursement de consultations supplémentaires à l'hôpital).

Elle permettra dans le même temps de dégager des économies liées à l'amélioration du suivi des personnes arrêtées, grâce à une réévaluation plus fréquente de leur état de santé, et ainsi à une diminution du nombre d'arrêts. La mesure devrait conduire à 1,2 M de journées d'arrêt de travail en moins. Cette réduction des journées d'arrêts de travail prescrites représentera une économie de 40 M€. Ce chiffrage ne tient néanmoins pas compte de l'effet induit par la possibilité pour les prescripteurs de déroger aux durées maximales de versement lorsque la situation de l'assuré le justifie, ce qui peut constituer un majorant.

La mesure limitant la durée de versement des IJ AT-MP devrait permettre de dégager **au total 30.8 M€** d'économies (**28 M€** pour le régime général et **2.8M€** pour le régime agricole) en année pleine en prenant l'hypothèse d'une anticipation de deux années de la fin de versement des IJ, au regard de la volumétrie d'assurés concernés identifiés relevant du régime général et du régime agricole, dans le cadre d'une expérimentation conduite par la CNAM.

En effet, la CNAM-DRP, dans le cadre des campagnes successives de consolidation conduites par les médecins-conseil, a procédé à plus de 3500 décisions de consolidation au-delà de 4 ou 5 ans d'IJ. Pour évaluer le nombre d'assurés concernés en flux par la mesure, un volume annuel de 900 assurés est retenu (soit le quart de la volumétrie rencontrée dans le cadre des expérimentations conduites). Pour chaque anticipation de fin de versement d'IJ (il est ici considéré une anticipation de deux années), le gain pour la branche ATMP est 31 300 €. Cette économie tient compte du moindre montant d'IJ versées, déduction faite des prestations versées à leur place au titre de l'incapacité permanente : rente ou indemnité en capital.

Concernant les assurés du régime agricole, la MSA évalue, pour 2024, le stock d'assurés dont la durée de versement d'IJ AT/MP est supérieure à 4 ans à 620 pour les salariés agricoles et 90 pour les non-salariés agricoles (respectivement 1 200 et 200 pour une durée de versement supérieure à 3 ans). En termes de flux, c'est-à-dire de nouvelles situations annuelles, la volumétrie est estimée à 70 pour les salariés agricoles et 20 pour les non-salariés.

En reprenant l'hypothèse d'un différentiel d'économie de 31 300 €, l'économie annuelle serait de l'ordre de 2,8 M€ (31 300 € x 90).

A noter que l'économie pour les non-salariés est sous-estimée dans la mesure où le calcul prend en considération le versement compensatoire d'une rente AT-MP alors que pour ce régime celle-ci n'est attribuée qu'à partir d'un taux d'IPP de 30 %.

La mesure supprimant l'obligation de visite de reprise après un congé de maternité devrait permettre de dégager environ **17,6 M€** d'économies en année pleine.

Le ministère chargé du travail ne dispose pas de données concernant le nombre exact de femmes se voyant prescrire un arrêt de travail, de retour d'un congé de maternité, dans l'attente de la visite de reprise. Il est donc impossible de chiffrer précisément le coût que représentent, pour les comptes de la sécurité sociale, ces arrêts.

En l'absence de ces données, il est toutefois proposé de chiffrer ce coût en se basant sur les hypothèses de travail suivantes :

- 30% des visites de reprise ne sont pas réalisées dans le délai réglementaire de 8 jours prévu par le code du travail (données issues de l'enquête annuelle de l'association PRESANSE pour l'année 2023). Parmi elles, on peut estimer qu'environ la moitié des femmes concernées se voient prescrire un arrêt de travail dans l'attente de la visite de reprise, soit environ 15% du total des visites de reprise post congé maternité.

- La durée moyenne de ces arrêts est de 15 jours, ce qui représente 12 jours d'indemnités journalières, en tenant compte des trois jours de carence.

En 2023, 370 000 mères affiliées au régime général ont initié un congé de maternité (hors fonction publique et régimes spéciaux) (source : Les comptes de la Sécurité sociale-mai 2024) générant par voie de conséquence théoriquement 370 000 visites de reprise.

Compte-tenu des hypothèses précitées, 15% du total de ces visites de reprise (55 500) conduirait à la délivrance, dans l'attente de la visite de reprise, d'autant d'arrêts de travail, soit 55 500 arrêts de travail. Le coût actuel pour l'assurance

Article 28 – Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie, la durée d’indemnisation des arrêts de travail en cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle et supprimer l’obligation de visite de reprise pour un retour de con

maladie de ces arrêts de travail s’élèverait par conséquent à 55 500 x 12 x 33 € (montant moyen versé par journée d’IJ maladie pour les femmes après la baisse du plafond d’indemnisation de 1,8 à 1,4 SMIC), soit un total de 21,98 M€.

Il est fait le postulat que rendre facultatif l’examen de reprise après un congé de maternité dans le code du travail pour les laisser à l’appréciation du travailleur ou de l’employeur permettrait de diminuer le nombre de visites de reprise de près de 80%, soit une économie à prévoir de 80% du chiffre précédent, à savoir : 21,98 M€ x 80% = 17,58 M€.

Au total, cette mesure pourrait donc permettre de diminuer les dépenses de l’Assurance Maladie de 17,6 M€.

Ce chiffre constitue un majorant dans la mesure où le nombre de congé de maternité pris en compte inclut également les travailleuses indépendantes.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie			+ 21 M€	+ 27,6 M€	+ 27,6 €
- AT-MP				+ (30.8 M€) dont 28M€ RG	+ (30.8 M€) dont 28M€ RG
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

La mesure impactera le secteur médical, dans la mesure où elle engendrera un nombre plus important de consultations médicales en vue de renouveler les arrêts de travail. Elle est donc susceptible d’affecter la régulation à laquelle procèdent les prescripteurs dans l’octroi des rendez-vous et l’accès aux soins des assurés.

Elle impactera l’organisation des entreprises dans la mesure où d’une part elle entraînera des retours à l’emploi des salariés parfois plus rapides, en raison de durées de prescriptions plus courtes et d’un suivi médical renforcé, d’autre part elle engendrera des arrêts dont la durée totale sera plus difficilement anticipable par les employeurs (en raison de renouvellements successifs parfois nécessaires).

b) impacts sociaux

Pour les situations où la rémission de l’assuré nécessite un arrêt de travail supérieur à ces limites maximales, l’assuré devra s’assurer d’obtenir un rendez-vous pour une nouvelle consultation avant l’échéance de son arrêt maladie, afin de voir ce dernier prolongé. En effet, pour obtenir une prolongation d’arrêt sans application d’un nouveau délai de carence, l’assuré devra obtenir une consultation soit avant l’expiration de son arrêt maladie, soit le lendemain au plus tard.

L’assuré devra ainsi anticiper la prolongation de son arrêt et prendre rendez-vous pour une nouvelle consultation médicale, dans un délai de 15 jours ou 30 jours selon les cas. La mesure aura donc pour conséquence d’augmenter le nombre de consultations médicales.

La possibilité pour le prescripteur de déroger aux durées maximales de prescription au regard de la situation du patient limitera néanmoins le risque que les assurés ne puissent pas accéder à une consultation dans les délais.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

Sans objet.

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

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

Pour les assurés dont l'état de santé nécessite un arrêt de travail supérieur à ces limites maximales, ces derniers devront anticiper la prolongation de leur arrêt et s'assurer d'obtenir un rendez-vous pour une nouvelle consultation avant l'échéance de leur arrêt. La possibilité pour le prescripteur de déroger aux durées maximales de prescription au regard de la situation du patient limitera néanmoins le risque que les assurés ne puissent pas accéder à une consultation dans les délais.

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

La mesure entraînera un nombre plus important d'arrêts de travail à traiter par les caisses de sécurité sociale.

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

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

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

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

Un décret d'application devra être adopté pour définir les durées maximales de prescription, tant en cas de primo-prescriptions que de prolongations, à l'instar de ce qui est prévu au deuxième alinéa de l'article D. 323-5 du CSS concernant le droit de prescription des sage-femmes. A noter que cette disposition n'est plus applicable depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, mais l'article n'a pas été toilettée. Le décret d'application de la présente mesure modifiera donc également l'article D. 323-5 du CSS.

Un décret d'application devra être adopté pour définir la durée maximale de versement des indemnités journalières AT-MP.

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 délais de mise en œuvre permettront une entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2026 s'agissant de l'encadrement des durées de prescription des arrêts de travail, et au 1^{er} janvier 2027 s'agissant de la limitation de la durée de versement des IJ AT-MP.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information auprès des assurés, des professionnels de santé prescripteurs et des employeurs sera réalisée.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure ne fera pas l'objet d'un dispositif de suivi particulier, elle sera suivie dans le cadre du suivi habituel des arrêts maladie et dépenses d'indemnités journalières.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime après modification
En cas d'accidents du travail ou en cas de maladies professionnelles, les prestations accordées aux bénéficiaires de l'assurance prévue au présent chapitre comprennent, dans les conditions fixées aux articles suivants : 1° La couverture : -des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation ; -des frais de fourniture, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie ; -des frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle, de reclassement et de reconversion professionnelle ; -des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle ; 2° Une indemnité journalière pour les chefs ou les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation pendant la période d'incapacité temporaire de travail ; 3° Une rente en cas d'incapacité permanente de l'assuré et, en cas de mort du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou d'un assuré mentionné au II de l'article L. 752-1, une rente à ses ayants droit ; 4° La couverture des frais funéraires de la victime. Pour l'application du présent chapitre, les exploitants et les membres non salariés de toute société mentionnés au 5° de l'article L. 722-10 sont considérés comme chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.	En cas d'accidents du travail ou en cas de maladies professionnelles, les prestations accordées aux bénéficiaires de l'assurance prévue au présent chapitre comprennent, dans les conditions fixées aux articles suivants : 1° La couverture : -des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation ; -des frais de fourniture, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie ; -des frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle, de reclassement et de reconversion professionnelle ; -des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle ; 2° Une indemnité journalière pour les chefs ou les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation pendant la période d'incapacité temporaire de travail qui n'excède pas une durée fixée par décret, calculée de date à date ; 3° Une rente en cas d'incapacité permanente de l'assuré et, en cas de mort du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou d'un assuré mentionné au II de l'article L. 752-1, une rente à ses ayants droit ; 4° La couverture des frais funéraires de la victime. Pour l'application du présent chapitre, les exploitants et les membres non salariés de toute société mentionnés au 5° de l'article L. 722-10 sont considérés comme chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.
Article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime après modification
Bénéficient d'indemnités journalières pendant la période d'incapacité temporaire de travail : 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ; 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ; 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10. Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai, déterminé par décret, à compter du point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu au chapitre III du titre IV du livre IV du code de la sécurité sociale. L'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une	Bénéficient d'indemnités journalières pendant la période d'incapacité temporaire de travail qui n'excède pas une durée fixée par décret, calculée de date à date : 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ; 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ; 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10. Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai, déterminé par décret, à compter du point de départ de l'incapacité de travail et pendant la période d'incapacité de travail jusqu'à soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ~~ou le décès~~, soit le décès ou l'expiration de la durée maximale mentionnée au 2° de l'article L. 752-3 à l'issue de laquelle l'incapacité est réputée permanente, ainsi que dans le cas de rechute prévu au chapitre III du titre IV du livre IV du code de la sécurité

période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.	sociale. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, la période court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale fixée par décret. L'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.
Article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale après modification
Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical : 1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée à l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail ; 2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit. Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription.	Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical : 1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée à l'article L. 321-1 ou à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime ou à l'article L. 781-21 du même code, les éléments d'ordre médical et les motifs justifiant l'interruption de travail ainsi que sa durée qui ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'Etat ; 2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit. Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription. Ils peuvent déroger au plafond prévu au deuxième alinéa lorsqu'ils justifient, sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue au regard de la situation du patient, et en considération, lorsqu'elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé.
Article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale après modification
En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, par le médecin traitant ou par la sage-femme, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret. La prolongation ne peut être réalisée par un acte de télémedecine que dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique.	En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, par le médecin traitant ou ~~par la sage-femme~~ par la sage-femme ou le chirurgien-dentiste, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret. La prolongation ne peut être réalisée par un acte de télémedecine que dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. La prolongation ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'Etat. Le médecin traitant, la sage-femme ou le chirurgien dentistes peuvent déroger à la durée maximale prévue au précédent alinéa lorsqu'ils justifient, sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue au regard de la situation du patient, et en considération, lorsqu'elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé.

Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale après modification
L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1 du présent code et au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermique ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.	L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin selon les règles définies par l'article L. 162-4-1 du présent code et au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions ~~par la sage-femme~~ par la sage-femme et le chirurgien-dentiste dans la limite de leurs compétences professionnelles ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermique ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.
Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale après modification
La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur. Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6. Les arrêts de travail prescrits en méconnaissance du troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ne peuvent ouvrir droit au versement de l'indemnité journalière au delà des trois premiers jours.	La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur. Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, pendant une période d'une durée maximale fixée par décret, calculée de date à date. Cette durée court à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, elle court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale fixée par décret. L'indemnité journalière est payée pendant la période d'incapacité temporaire de travail jusqu'à soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès ou l'expiration de la durée maximale mentionnée au deuxième alinéa à l'issue de laquelle l'incapacité est réputée permanente, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. La durée maximale mentionnée au deuxième alinéa n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.

	Les arrêts de travail prescrits en méconnaissance du troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ne peuvent ouvrir droit au versement de l'indemnité journalière au-delà des trois premiers jours.
Article L. 4624-2-3 du code du travail avant modification	Article L. 4624-2-3 du code du travail après modification
Après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident et répondant à des conditions fixées par décret, le travailleur bénéficie d'un examen de reprise par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret	~~Après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident et répondant à des conditions fixées par décret, le travailleur bénéficie d'un examen de reprise par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret.~~ Le travailleur bénéficie d'un examen de reprise par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret après : 1° une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident et répondant à des conditions fixées par décret ; 2° un congé de maternité, si le travailleur ou l'employeur le demande.
Article 12-4 de l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales avant modification	Article 12-4 de l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales après modification
Le quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles à Saint-Pierre-et-Miquelon. Pour son application à Saint-Pierre-et-Miquelon, la référence à la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 323-3-1 du même code est remplacée par la référence à la caisse de prévoyance sociale.	Le ~~quatrième~~ cinquième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles à Saint-Pierre-et-Miquelon. Pour son application à Saint-Pierre-et-Miquelon, la référence à la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 323-3-1 du même code est remplacée par la référence à la caisse de prévoyance sociale.
Article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte avant modification	Article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte après modification
Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 161-36-3, L. 162-1-21, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, L. 162-4-1, L. 162-4-5, L. 162-8-1, L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2, L. 162-16-1 et L. 162-62 et les I et II de l'article L. 162-38-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.	Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 161-36-3, L. 162-1-21, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, ~~L. 162-4-1~~ , L. 162-4-5, L. 162-8-1, L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2, L. 162-16-1 et L. 162-62 et les I et II de l'article L. 162-38-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. L'article L. 162-4-1 est applicable à Mayotte à l'exception des mots : « ainsi que sa durée qui ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'Etat » et du dernier alinéa.

Article 29– Limiter la durée d’indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l’affection de longue durée

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Des dépenses d’indemnités journalières dynamiques

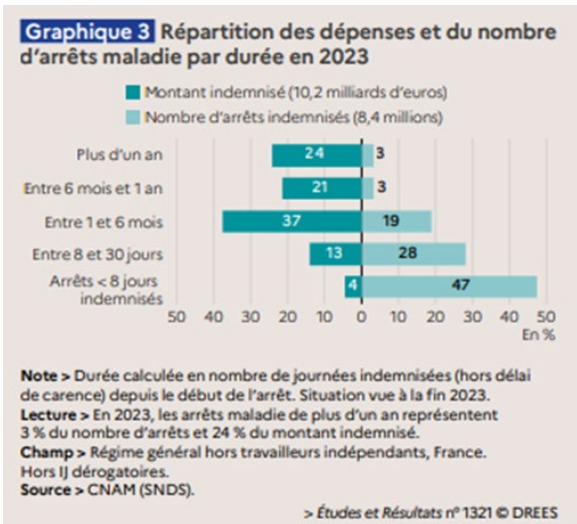
Le montant total des indemnités journalières maladie a connu une hausse de 29 % entre 2010 et 2019, puis de 28 % entre 2019 et 2023 (hors indemnités journalières dérogatoires liées au Covid-19). Cette évolution traduit une accélération notable, avec une croissance annuelle moyenne passée de 2,9 % sur la première période à 6,3 % sur la seconde, soit un écart de 3,5 points¹.

Compte tenu d’une hausse des indemnités moyennes, la dépense consacrée à l’indemnisation des arrêts maladie salariés du privé et des contractuels de la fonction publique atteint 1 1,3 milliards d’euros en 2024².

En 2023, année de sortie de crise avec un net recul de l’épidémie de Covid-19 et la fin des arrêts dérogatoires à compter du 1er février 2023, on constate une baisse des dépenses totales d’IJ. En effet, hors arrêts dérogatoires, le nombre de journées d’arrêts maladie se stabilise à un niveau proche de 2022, et le nombre d’arrêts et de bénéficiaires baisse. Pour autant, on constate que les dépenses liées aux arrêts maladie non dérogatoires progressent sous l’effet de l’augmentation des montants moyens des indemnités dans un contexte d’inflation et de hausses des salaires, en particulier du fait de l’indexation du smic sur les prix³.

Ainsi, la croissance des dépenses d’IJ entre 2019 et 2023 s’explique :

- En majorité par des facteurs économiques et démographiques (60%) : la hausse du salaire moyen ou du SMIC explique 36% de l’augmentation des IJ et l’augmentation de la population salariée et le vieillissement de la population sur le marché du travail 18% ;
- Mais également par une hausse de la sinistralité (40%) avec une évolution du taux de recours à tous âges qui explique 34% de la croissance et une augmentation de la durée moyenne des arrêts qui en explique 5%.



La dynamique des dépenses d’indemnités journalières est en partie portée par les arrêts longs. Les arrêts de travail de plus de trois mois ont connu une augmentation significative au début de la crise sanitaire en 2020, puis se sont stabilisés entre 2020 et 2023 avant de connaître à nouveau une reprise significative de la dynamique en 2024⁴.

¹ DREES Etudes et résultats, « Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 », décembre 2024

² Les indemnités journalières à destination des salariés en arrêt maladie représentent plus de 10,3% de l’ensemble des dépenses de soins de ville de l’ONDAM (REPSS maladie 2025). Cette hausse est constatée de manière globale ces dernières années, les dépenses étant passées de 10,7 Md€ à 16,3 Md€ entre 2017 et 2024 (maladie, ATMP). Entre 2019 et 2024, le taux de croissance annuel moyen des dépenses d’IJ s’est élevé à 6,8%. Sur cette même période, le taux de croissance annuel moyen est de : + 6,6% s’agissant des IJ maladie et + 7,2% pour les IJ ATMP.

³ Ibid

⁴ CNAM, Rapport charges et produits pour 2026

Or, même si les arrêts courts d’une durée indemnisée inférieure à huit jours sont de loin les plus fréquents et forment près de la moitié des arrêts indemnisés, ils ne représentent que 4 % de la dépense d’indemnités journalières pour maladie.

À l’inverse, les arrêts longs de plus de six mois représentent seulement 7 % des arrêts, mais 45 % de la dépense¹.

La majorité de la dépense est ainsi causée par des arrêts de plus de 30 jours, qui représentent seulement 25% des arrêts mais 82% de la dépense.

Une croissance en partie portée par des arrêts de travail des personnes en ALD non exonérantes

On constate par ailleurs que la croissance du volume des indemnités journalières de plus de 3 mois est principalement portée par des personnes qui ne souffrent pas d’une affection de longue durée (ALD).

En effet, en 2013 le nombre de jours indemnisés des personnes en ALD représentait 40% des indemnités journalières contre 33% en 2024. Ce dynamisme est en partie lié à l’existence du dispositif dérogatoire dit de l’ALD « non exonérante » prévu pour les personnes dont l’état de santé nécessite une interruption de travail ou des soins d’une durée prévisible supérieure à six mois, mais qui ne sont pas reconnus comme bénéficiant du statut d’ALD. Ces personnes bénéficient alors de modalités spécifiques de droits à indemnités journalières mais ne disposent pas des mêmes droits que les ALD en ce qui concerne les exonérations de ticket modérateur. En 2022, 394 600 assurés ont bénéficié d’un arrêt entrant dans le dispositif de l’ALD non exonérante.

Les personnes ne souffrant pas d’ALD au sens des 3^e et 4^e de l’article L. 160-14 du code de la sécurité sociale sont placées dans un statut dit d’ALD « non exonérante » lorsque leur arrêt de travail dépasse les six mois consécutifs. L’entrée dans le dispositif des ALD « non exonérantes » est notifiée à l’assuré, après étude de son dossier par le service médical de l’Assurance maladie.

L’ALD « non exonérante », si elle ne prévoit pas d’exonération de ticket modérateur pour les frais de santé, ouvre droit au compteur d’indemnités journalières des ALD classiques.

L’article L. 323-1 du code de la sécurité sociale, précisé par l’article R.323-1, prévoit en effet deux types de compteurs d’indemnités journalières – qui peuvent se cumuler (un assuré en ALD bénéficie d’un compteur pour son ALD et d’un autre compteur de droit commun s’il est arrêté pour une autre pathologie) :

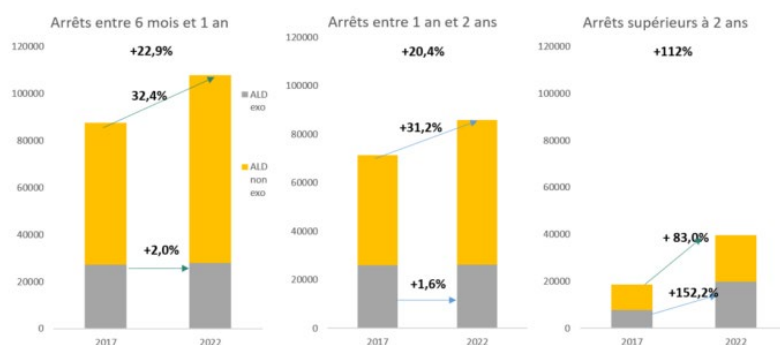
- Pour les assurés en ALD : les indemnités journalières peuvent être versées tous les jours sur une période de trois ans de date à date, ces assurés peuvent donc bénéficier au maximum de 1095 jours d’indemnités journalières au titre d’une ALD sur une période de trois ans,
- Pour les assurés hors ALD : ces assurés ont droit à 360 jours d’indemnités journalières sur une période de trois années glissantes. Lorsqu’ils ont bénéficié de 360 jours d’indemnités journalières, ils doivent attendre trois ans à compter de la date de la première indemnité versée pour recharger des droits à indemnisation (soit potentiellement deux ans avant réouverture des droits après une année complète d’arrêt).

En plus du bénéfice du compteur de 1 095 jours d’indemnités journalières, les assurés bénéficiant du régime d’ALD « non exonérante » ont droit à la levée du délai de carence à compter du 2^eme arrêt de travail lié à la pathologie ayant déclenché le compteur ALD « non exonérante » (le statut n’ouvre cependant pas droit à l’exonération du ticket modérateur). Les principales pathologies concernées par une ALD « non exonérante » sont la dépression légère (33% de ces situations) et les troubles musculosquelettiques (32%).

Les dépenses d’indemnités journalières liées à des ALD « non exonérantes » représentent, en 2023 selon la CNAM, trois fois celles des personnes en ALD : 3,17Md€ pour 401 000 arrêts. Le nombre d’arrêts concernés augmente chaque année de plus de 6,4% alors que ceux des ALD n’ont augmenté que de 0,9% par an (cf. figure ci-dessous issue du rapport CNAM Charges et produits pour 2026).

Dans ce contexte et afin d’endiguer la croissance des dépenses d’IJ, il est proposé de supprimer les règles dérogatoires en matière d’indemnités journalières aujourd’hui permises par le régime d’ALD dites « non exonérantes » en précisant les règles applicables en matière de compteurs d’indemnités journalières.

Figure 43 : Croissance des arrêts en ALD et en ALD dite non exonérante entre 2017 et 2022



¹ DREES Etudes et résultats, « Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 », décembre 2024

b) Mesure proposée

La mesure consiste à supprimer les règles dérogatoires en matière d’indemnités journalières permises par le régime des ALD « non exonérantes ». Ainsi, les assurés atteints d’une affection qui nécessite une interruption de travail d’au moins six mois, mais qui n’est pas reconnue comme une ALD, se verront appliquer les règles de droit commun en matière d’indemnités journalières.

Actuellement les assurés en ALD « non exonérantes » peuvent bénéficier d’indemnités journalières pendant une durée maximale de trois ans, calculée de date à date pour l’affection concernée.

Après la réforme, ils ne pourront bénéficier d’indemnités journalières au titre d’une ou plusieurs pathologies que dans la limite de 360 indemnités journalières pour une période de trois ans, comme cela est aujourd’hui prévu pour les assurés sans ALD.

En pratique, à la date de prescription de l’arrêt, il sera ainsi vérifié que l’assuré n’a pas bénéficié de plus de 360 indemnités journalières au cours des trois dernières années. Par ailleurs, alors qu’actuellement les assurés en ALD « non exonérante » ne se voient pas appliquer de délai de carence à compter du 2^{ème} arrêt lié à leur affection, une mesure réglementaire sera parallèlement adoptée pour appliquer un délai de carence à chacun de leurs arrêts maladie (modification de l’article R. 323-1 du code de la sécurité sociale).

La suppression de ce régime entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Les assurés dont les indemnités journalières relèvent du régime spécifique d’indemnités journalières au titre de leur ALD non exonérante au 31 décembre 2025 pourront continuer à en bénéficier jusqu’au terme des 3 ans suivant la date du 1^{er} arrêt de travail lié à cette ALD non exonérante. A l’issue des 3 ans, ils basculeront dans le droit commun du régime général relatif aux indemnités journalières avec un compteur d’indemnités journalières de 360 IJ sur 3 ans. La mesure ne sera donc appliquée que pour les nouveaux arrêts d’assurés ne bénéficiant pas déjà du compteur lié aux ALD non exonérantes au 1^{er} janvier 2026.

Une information sur les droits à indemnités journalières des assurés actuellement dans le dispositif et sur les nouvelles règles pour ceux qui entreront dans le flux sera réalisée au moment de la mise en œuvre.

c) Autres options possibles

D’autres mesures d’économie ont été envisagées, mais portant plutôt sur les arrêts de courte durée, comme un allongement du délai de carence, accompagné d’un transfert de la prise en charge des premiers jours d’arrêts vers les employeurs.

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

La mesure a un impact sur les dépenses de l’assurance-maladie et justifie ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre de l’article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l’article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l’Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d’un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l’Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L’article 48 du Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) qu’il appartient ainsi à la législation de chaque État membre 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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu’éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l’égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l’homme (CEDH) ?

Il n’existe pas de règlement ou de jurisprudence s’appliquant spécifiquement au sujet de la mesure, celle-ci n’est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La suppression du régime d’ALD « non exonérante » sera codifiée et nécessite une modification de l’article L.323-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet concernant la suppression du régime d’ALD non exonérante.

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le rendement de la mesure monte en charge progressivement. Ainsi pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2026, concernant les assurés qui seraient rentrés dans le dispositif à compter de cette date en l’absence de mesure, les premiers effets financiers interviendraient à partir du second semestre 2026. Ains, un assuré bénéficiant d’IJ à compter du 1^{er} juillet 2025 et sans interruption jusqu’au 31 décembre 2025 et ne basculant pas en ALD non exonérante le 1^{er} janvier 2026 pourra toutefois voir prolonger ses IJ jusqu’à la fin du 1^{er} semestre 2026 dans les conditions de droit commun.

Cette montée en charge s’achèvera à la fin de l’année 2028 avec l’épuisement des droits aux IJ d’une durée maximale de 3 ans pour les derniers bénéficiaires de l’ALD non exonérante entrés dans le dispositif en 2025.

L’estimation de l’impact financier repose sur l’application théorique rétrospective de la mesure à une cohorte d’assurés bénéficiaires du régime d’ALD non exonérante ayant perçu des IJ. Plus précisément, ont été sélectionnés les assurés entrés dans le dispositif lors du 1^{er} semestre 2022, donc ayant perçu au moins 6 mois d’IJ consécutivement au cours de ce semestre. Pour ces assurés a été simulée l’économie qui aurait résulté du non-versement des IJ au-delà du 360^e jour, jusqu’au 31 décembre 2024, pour couvrir les 2 années et demie de montée en charge, en mesurant, pour chaque assuré de la cohorte considérée, le montant d’IJ perçue au-delà du 360^e jour.

Cette estimation concernant la cohorte correspondant au 1^{er} semestre 2022 a ensuite été extrapolée aux cohortes suivantes et transposée à la période de projection avec un abattement montant progressivement en charge sur les rendements (40% en 2026, 50% en 2027 et 60% en 2028), car une part significative des bénéficiaires du régime d’ALD non exonérante sera vraisemblablement éligible à une ALD exonérante et pourra donc continuer de bénéficier d’IJ au-delà du 360^e jour en basculant dans une ALD. On observe en effet que parmi les bénéficiaires d’IJ au titre du régime d’ALD non exonérante une année donnée, près du quart d’entre eux bénéficie également d’une ALD par ailleurs lorsqu’ils entrent dans le dispositif et cette proportion va croissante les années suivantes.

Compte tenu de la méthodologie et des hypothèses présentées ci-dessus, la chronique des économies pour l’assurance maladie serait la suivante : 100 M€ en 2026, 400 M€ en 2027 et 600 M€ en 2028.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie			+100	+400	+600
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

En restreignant la durée maximale de versement des IJ pour les personnes qui étaient avant la réforme en ALD non exonérante, la mesure pourra avoir pour conséquence d’augmenter le retour à l’emploi des assurés concernés, sous réserve de leur capacité de travailler.

b) Impacts sociaux

En supprimant un régime dérogatoire permettant aux assurés qui étaient jusqu’à l’entrée en vigueur de la mesure en ALD non exonérante, la mesure conduit pour ces publics à une diminution de la durée maximale d’indemnisation et à la fin de la neutralisation du délai de carence en cas de nouvel arrêt lié à l’affectation.

La mesure pourrait entraîner une recrudescence du recours aux dispositifs des ALD exonérantes et de l’invalidité.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l’environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure pourra conduire certains assurés ne pouvant plus bénéficier du régime des ALD « non exonérantes » à engager des démarches pour pouvoir bénéficier d’une reconnaissance d’une ALD exonérante, ou bien d’une pension d’invalidité, ce qui conduira à des sollicitations accrues du service du contrôle médical de l’assurance maladie.

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

A compter du 1^{er} janvier 2026, le service du contrôle médical de l’Assurance Maladie ne fera plus entrer d’assurés dans le régime des ALD non exonérantes. Si aucun développement informatique n’est à prévoir, il conviendra malgré tout de diffuser

de nouvelles consignes aux équipes du service médical, ce qui constituera en début de mise en œuvre de la mesure une charge importante sur ces personnels.

S'agissant des assurés qui disposent actuellement d'indemnités journalières au titre de leur ALD non exonérante (correspondant au stock), le fait de laisser courir la période de 3 ans permet d'éviter de lourds développements informatiques, ce qui facilitera la mise en œuvre globale de la mesure.

Les potentielles demandes de requalification en ALD exonérante ou les nouvelles bascules en invalidité pour faire face à la fin du compteur des ALD non exonérantes seront susceptibles d'accentuer la charge de travail du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

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

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

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

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

Un décret d'application devra être pris au premier semestre 2026 pour modifier l'article R. 323-1 du code 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 entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Ainsi, aucun régime ALD non exonérante ne sera attribué à compter de cette date. Pour les personnes bénéficiant déjà du régime des ALD non exonérante au 1^{er} janvier 2026, ce dernier continuera à s'appliquer jusqu'à l'expiration de la période de 3 ans après leur premier arrêt lié à cette ALD non exonérante.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés bénéficiant du régime d'ALD « non exonérante » au 1^{er} janvier 2026 bénéficieront d'une information de l'Assurance maladie indiquant que leurs droits aux IJ restent inchangés jusqu'au terme des trois ans.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure ne fera pas l'objet d'un suivi spécifique. Elle sera observée dans le cadre du suivi des dispositifs d'IJ, des ALD et de l'invalidité.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 323-1 du code de la sécurités sociale avant modification	Article L. 323-1 du code de la sécurités sociale après modification
L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après : 1°) pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale ; 2°) pour les affections non mentionnées à l'article L. 324-1, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.	L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après : 1°) pour les affections ~~donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1~~ visées au 3° et 4° de l'article L. 160-14, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale ; 2°) pour les affections non ~~mentionnées à l'article L. 324-1,~~ visées au 3° et 4° de l'article L. 160-14 l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.

Article 30 – Favoriser le recours aux outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

L'atteinte des objectifs d'efficience fixés dans la convention médicale 2024-2029 repose sur la mise en œuvre opérationnelle de 15 programmes d'actions partagés relatifs à la pertinence des prescriptions, des actes et des parcours. Ces objectifs sont massifs : plus de 1,14 milliard d'euros d'économies potentielles ont été identifiées à horizon 2027 sur les postes de dépense concernés, via la réduction des prescriptions inappropriées ou l'optimisation du recours aux examens biologiques ou d'imagerie.

Pour ce faire, les professionnels de santé et les établissements de santé doivent pouvoir s'appuyer sur des outils de soutien à la décision robustes, actualisés, interopérables et ancrés dans les bonnes pratiques : les Systèmes d'Aide à la Décision Médicale (SADM).

En parallèle, les logiciels d'aide à la prescription (LAP) historiques, ayant pour seule finalité l'édition et la sécurisation de prescription médicale, déployés depuis plusieurs années chez la majeure partie des médecins de ville, n'ont pas démontré de gain en termes d'efficience ou de pertinence. Ils ne seront pas éligibles en tant que tels aux modalités présentées dans la présente mesure.

Le paysage des SADM est fragmenté, non régulé et économiquement faiblement soutenable :

- Faiblesses des modèles économiques : de nombreux SADM sont gratuits ou développés de manière opportuniste, sans logique industrielle ni garantie de pérennité ;
- Hétérogénéité des porteurs : sociétés savantes, start-ups, industriels, associations, parfois sans marquage CE/DM ;
- Intégration partielle dans les logiciels d'aide à la prescription (LAP), dont le financement par l'assurance maladie via le dispositif actuel (DONUM) ne repose que sur des critères de fourniture d'équipements, sans lien avec l'usage ni la performance clinique ("souvent limitée à de simples pop-ups sans véritable contextualisation ou interaction approfondie") ;
- Les LAP certifiés HAS V2, dotés d'un marquage CE/DM et présents dans les logiciels des médecins de ville, visent à sécuriser la prescription médicamenteuse. Ils répondent à un cahier des charges rigoureux faisant l'objet d'une vérification, mais une implémentation parfois trop rigide, est jugée inappropriée, car ne tenant pas compte des évolutions pratiques ou de l'évolution des recommandations médicales. En outre, les éditeurs de SADM, ayant un intérêt financier à l'utilisation réelle par les médecins de leurs solutions par la présente mesure, devraient porter une plus grande attention à l'ergonomie et à l'acceptabilité. Ils devront en parallèle apporter des garanties de disponibilité (non désactivation) de l'outil et d'adhésion des professionnels.
- Aucun mécanisme de financement ou de certification ne permet aujourd'hui de reconnaître et soutenir les SADM à impact sur les pratiques médicales.

Face à ce vide, une intervention législative est nécessaire pour instaurer un mécanisme de financement des exploitants de SADM en fonction des économies constatées pour l'assurance maladie grâce à des prescriptions plus pertinentes et plus sobres et permettant de répondre à des objectifs d'efficience fixés par arrêté et cohérents notamment avec la convention médicale pour 2024-2029 reposant sur la mise en œuvre opérationnelle de 15 programmes d'actions partagés relatifs à la pertinence des prescriptions, des actes et des parcours.

b) Mesure proposée

Périmètre de la mesure

Le champ d'application de la mesure se limite aux SADM commerciaux disposant déjà du marquage CE DM, certifiés par l'Agence du numérique en santé selon un référentiel pris en application de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique, et répondant à des enjeux d'efficience précisés par arrêté, en cohérence avec les 15 programmes d'actions de pertinence et de qualité des soins.

Ces 15 programmes d'actions de pertinence et de qualité des soins sont les suivants :

- Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés ;
- Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques ;
- Diminuer le nombre de patients polymédiqués.

Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement

- Augmenter la conformité de la prescription des analogues du GLP-1.
- Favoriser le développement des biosimilaires en primo-prescription et au moment du renouvellement par les spécialistes libéraux.
- Limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance
- Renforcer la pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »
- Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des OAM
- Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS
- Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles
- Améliorer la qualité des prescriptions des actes infirmiers et la validation systématique des bilans de soins infirmiers (BSI)
- Renforcer la pertinence de la prescription de transports sanitaires
- Réduire le remboursement d'examens biologique
- Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizonale pour les patients en affection longue durée
- Renforcer le dépistage des maladies cardiovasculaires et associées chez les personnes à risque

Contenu de la mesure

Le présent article prévoit la mise en œuvre et le financement d'un conventionnement entre l'assurance maladie et chacun des exploitants de SADM éligibles souhaitant s'inscrire dans le dispositif d'intéressement présenté dans cette mesure. Pour être éligibles à ce conventionnement, les SADM candidats devront bénéficier du marquage CE, apporter la démonstration que l'usage de ce SADM par les professionnels de santé est de nature à garantir la qualité et l'efficacité des prescriptions, des actes et des soins, être conforme à un référentiel dédié approuvé par arrêté du ministre chargé de la santé en application de l'article L. 1470-5 du Code de la santé publique. Ce dernier référentiel comblera des éléments structurants apportant une garantie de qualité intrinsèque et de confort d'usage, les SADM devront ainsi :

- Reposer obligatoirement sur un LAP certifié HAS V2 et une base de médicaments agréée ;
- Répondre aux normes de sécurité, interopérabilité et éthiques conformes au règlement 2024/1689 sur l'IA, notamment en tant que système à haut risque relevant de l'annexe I ;
- Reposer sur les recommandations actualisées de la HAS et des sociétés savantes ;
- Être fortement intégrés dans les logiciels médicaux (capacité à interpréter les données diagnostiques, biologiques et thérapeutiques présentes dans les dossiers pour apporter des éléments d'accompagnement à la prescription).
- Garantir leur disponibilité au sein des logiciels (absence de désactivation) ;
- Apporter un confort décisionnel aux médecins utilisateurs ;
- Être faciles d'utilisation (ergonomie, intégration fluide dans le workflow clinique).

c) Les SADM conventionnés deviennent éligibles à un financement par l'Assurance maladie fondé sur une logique de retour sur résultats (année de mesure – évaluation d'impact – tarification indexée sur les économies nettes).

Les SADM sont des dispositifs médicaux ayant obtenu un marquage CE DM par des organismes notifiés conformément au règlement UE 2017/745 du 5 avril 2017. Ce marquage CE DM, préalable à leur mise sur le marché, garantit notamment que les SADM sont conformes aux exigences générales en matière de sécurité et de performance du règlement européen. La confirmation de la conformité de ces systèmes aux exigences du règlement est fondée sur des données cliniques apportant une preuve clinique suffisante. A cet effet, les fabricants planifient, réalisent et documentent une évaluation clinique conformément à l'article 61 du règlement et à son annexe XIV, partie A. De plus, les fabricants sont tenus de mettre en place un suivi des performances de sécurité et des performances cliniques des dispositifs après la mise sur le marché. A compter d'août 2026, ces dispositifs embarquant de l'IA devront également respecter les exigences du règlement sur l'IA, renforçant l'évaluation de leur sécurité et de leur performance.

Sont donc exclus du champ de cette mesure les DM numériques déjà pris en charge au titre de la LPP (art. L. 165-1 du code de la sécurité sociale), de la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM, art. L. 162-48 du même code) et de la prise en charge anticipée numérique prévue à l'article L.162-1-23 du même code.

Le financement des LAP historiques, ayant pour seule finalité l'édition et la sécurisation de prescription médicale, demeure inchangé. Les SADM s'appuieront obligatoirement sur ces LAP qui garantissent la sécurisation de la prescription sans nécessité de faire évoluer la certification.

d) Il est attendu une meilleure acceptabilité des SADM, par rapport aux LAP seuls, par les médecins, en raison de la plus grande pertinence du système d'aide du fait d'une plus grande intégration des éléments cliniques du dossier et de l'adossement aux dernières recommandations médicales. En outre, les exploitants de SADM ayant un intérêt financier à l'utilisation réelle par les médecins de leurs solutions devraient apporter une plus grande attention à l'ergonomie et à l'acceptabilité et devront en parallèle apporter des garanties de disponibilités (non désactivation) de l'outil et d'adhésion des professionnels.

Cette mesure permettra aux professionnels de santé de s'équiper largement de SADM conventionnés dont le modèle économique reposera sur un financement à l'efficacité sur la base des programmes conventionnels. Cela diminuera le coût d'équipement numérique reposant aujourd'hui essentiellement sur les professionnels. Cette mesure aidera les professionnels de santé concernés à atteindre ces objectifs d'efficacité et réduira les prescriptions inappropriées et optimisera le recours aux examens biologiques ou d'imagerie.

Cette mesure pourra à terme favoriser l'application des recommandations de la Haute Autorité de santé en matière de prescription ou de parcours de soins.

Modèle de financement

Le financement repose sur une logique de résultat, pluriannuelle, en trois temps :

- Année N – Année de démarrage (dite "année de mesure") :
Convention avec versement d'un forfait de démarrage. L'exploitant de SADM éligible s'engage volontairement dans le processus de conventionnement et s'engage à collecter les données d'usage nécessaire à l'évaluation médico-économique du ou des objectifs d'efficacité qu'il a retenus, et pour lesquels il est éligible, parmi ceux fixés par arrêté. La CNAM évalue l'impact du SADM sur les pratiques (modification des taux de prescription, d'actes, de parcours, etc.) et sur les dépenses évitées. L'exploitant reçoit le versement d'un forfait de démarrage.
- Année N+1 – Entrée en tarification à l'impact :
Si les résultats sont concluants, la CNAM établit un tarif conditionnel, fondé sur une part des économies nettes constatées. Le versement est assis sur l'usage réel et les effets mesurés (principe du paiement à la performance) auquel est déduit le montant du forfait de démarrage versé en année 1.
- Années N+2 et suivantes – Révision annuelle du tarif :
Le tarif peut être revalorisé, maintenu ou diminué selon la persistance des effets, l'évolution des usages, ou les redondances avec d'autres outils. Ce mécanisme permet de garantir une allocation efficace et réversible des ressources.

e) Autres options possibles

Une autre option possible serait de prévoir une troisième version de la certification des LAP pour améliorer leur caractère ergonomique et éviter la désactivation par les professionnels de santé. Néanmoins, les acteurs les plus innovants du marché offrent des solutions plus performantes et prometteuses que les LAP.

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

La mesure permet la mise en œuvre des programmes de pertinence de la convention médicale 2024-2029. À ce titre, son impact sur l'ONDAM au titre des dépenses de l'année 2026 et des années ultérieures justifie sa place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du c) du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu’éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l’égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l’homme (CEDH) ?

Il n’existe pas de règlement ou de jurisprudence s’appliquant spécifiquement au sujet de la mesure, qui n’est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée à l’article L. 162-1-25 du code de la sécurité sociale dans le Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins et à la prévention du Titre IV du Livre I.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Dans la convention médicale 2024-2029 et dans son rapport Charges et Produits pour 2025, l’Assurance Maladie estime que les 15 programmes d’actions partagés pour la qualité et la pertinence des soins devraient générer **1,14 milliard d’euros d’économies** d’ici 2029. La ventilation des gains attendus par programme n’est pas chiffrée mais certaines cibles sont connues, par exemple :

- **Dispositifs médicaux « du quotidien »** : diminuer les volumes remboursés de pansements techniques prescrits en post-opératoire de 5 % dès 2025.
- **Prescription de médicaments biosimilaires** : intéressement individuel sur l’augmentation des initiations et « switchs » vers biosimilaires déclenche l’intéressement. La convention estime un potentiel de 200 M€ / an pour l’assurance maladie si la pénétration des biosimilaires est renforcée.
- **Initiation des orthèses d’avancée mandibulaire (OAM)** : en 2022 prescription OAM = 7 M€ remboursés vs PPC = 800 M€ remboursés (fort potentiel d’économies si orientation pertinente vers OAM).

En 6 années calendaires pleines (2024 à 2029 inclus), les économies potentielles sont de 190 M€ par an (1,14 ÷ 6 = 0,19 Md€). Les objectifs éligibles à ce financement pourraient être lancés progressivement, en prenant une hypothèse d’un lancement de 5 objectifs par an.

Par ailleurs, on peut raisonnablement estimer que les SADM seront responsables d'une économie potentielle progressive de 30% du total la première année, 40% la deuxième année, 50% la troisième afin de refléter l'adoption progressive par les professionnels.

Concernant le montant du forfait de démarrage qui initiera l'intéressement dès 2026, il est estimé à 0,5M€ par an et doit être déduit du montant payé en année N+1.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
• Maladie					
• <u>Économies réalisées</u>			+19	+51	+95
• <u>Dépenses (intéressement)</u>			-0,5	-1	-2,5
• Total économies			+18,5	+50	+92,5
• AT-MP					
• Famille					
• Vieillesse					
• Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Perspective de marché pour des entreprises innovantes éditant ces SADM, notamment :

- Effet structurant sur l'écosystème numérique en santé : émergence d'un marché régulé pour les éditeurs de SADM, clarification du modèle de financement de ces acteurs.
- Rôle incitatif de la convention et des prérequis associés : elle favorisera les acteurs capables de démontrer robustesse scientifique, ergonomie et conformité réglementaire (IA Act, RGPD, règlement DM).
- Retombées indirectes pour le tissu économique : emplois dans les start-up MedTech, collaborations avec les sociétés savantes et renforcement de la compétitivité française en santé numérique.
- Potentiel d'exportabilité des SADM certifiés, ce qui peut positionner la France en leader européen.

b) impacts sociaux

Pour les médecins : amélioration du confort décisionnel, réduction du stress lié à la prescription (sécurisation médico-légale), gain de temps.

Pour les patients : meilleure pertinence des prescriptions, réduction du risque iatrogène, plus grande équité dans l'accès aux recommandations médicales actualisées.

Effet attendu sur la relation médecin-patient : renforcement de la confiance par la transparence et l'appui aux décisions.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Les mesures envisagées concourent à la diminution de l'empreinte environnementale du système de santé par la réduction des examens redondants (imagerie, biologie), la limitation du gaspillage médicamenteux et la diminution des transports liés aux consultations et examens évitables. Elles s'inscrivent dans une dynamique systémique, en cohérence avec la stratégie nationale « Santé et environnement » et en contribution directe aux objectifs de décarbonation du système de santé.

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

Les systèmes d'aide à la décision médicale peuvent intégrer, dès leur conception, une approche différenciée selon le sexe, prenant en compte les spécificités physiologiques, les différences de présentation clinique ainsi que la pharmacocinétique des traitements. Ils offrent ainsi l'opportunité de réduire les biais de genre en médecine, notamment en matière de sous-diagnostic de certaines pathologies chez les femmes (par exemple l'infarctus du myocarde) ou de moindre prescription d'analgésiques.

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, etc.)

Développement d'un référentiel applicable aux SADM avec la HAS et l'ANS. Mise en place du processus de certification par l'ANS. Mise en place du système de calcul de l'efficience et de la rémunération par la CNAM.

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

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

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

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

Décret fixant les conditions d'application de la mesure.

Arrêté fixant les objectifs d'efficience au regard des 15 programmes d'actions

Arrêté fixant le référentiel de certification des SADM.

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

12 mois.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un comité de suivi intégrant le Ministère chargé de la santé, l'ANS et la CNAM se réunira régulièrement pour assurer le suivi de la mesure, mesurer les économies réalisées et adapter le dispositif.

Article 31 – Rendre obligatoires l'alimentation du Dossier Médical Partagé et sa consultation dans certains cas

I. I. Présentation de la mesure

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

L'alimentation systématique de Mon espace santé (Dossier Médical partagé - DMP) permet aux patients de retrouver toutes leurs données dans leur carnet de santé numérique, Mon espace santé, ouvert à tous les assurés français en janvier 2022.

Elle permet de faire gagner du temps aux professionnels qui n'ont plus à rechercher les données de leurs patients et contribue à la bonne coordination des soins, notamment entre la ville et l'hôpital. Un profil Mon espace santé complet permet également aux professionnels d'éviter la prescription d'actes inutiles ou redondants (estimés entre 15% et 40% dans le secteur de l'imagerie par exemple¹ selon les rapports).

Après deux années d'accélération inédite, plus d'un document de santé sur deux produits en France est envoyé aux patients dans Mon espace santé en 2025. Plus de 95% des assurés sociaux ont un carnet de santé numérique ouvert. Plus de 70% des logiciels métiers des acteurs de santé, mis à jour dans le cadre du Ségur numérique, permettent aux professionnels de santé d'envoyer systématiquement les données de santé pertinentes aux patients (ordonnance, CR d'examen de biologie et d'imagerie...) et bientôt les images médicales seront elles-mêmes partagées.

a) Problèmes à résoudre

Renforcer l'alimentation systématique par les professionnels de Mon espace santé

Après avoir considérablement investi ces dernières années pour garantir le partage fluide et sécurisé des données de santé entre les acteurs de santé et leurs patients, seule la moitié des documents de santé est effectivement adressée aux patients dans Mon espace santé.

Afin que le dispositif permette de lutter efficacement contre les actes redondants ou inutiles, **le carnet de santé numérique des patients doit être complet**. Or, l'obligation prévue à l'article L.1111-15 du code de la santé publique demeure trop peu appliquée, faute de mécanismes de contrôle et de sanctions. Il est essentiel de passer de 50% à 100% des données clés versées systématiquement à l'issue d'une prise en charge. Pour cela, un ensemble d'actions d'accompagnement sont mises en œuvre depuis 3 ans - car cela implique des changements logiciels, culturels et parfois organisationnels importants. Il faut accélérer, consolider cette trajectoire de transformation numérique mais surtout la pérenniser si on veut en faire un outil pleinement efficace apportant des gains réels à l'Etat (économies liées à la prévention et non redondance) et aux assurés et professionnels.

Par ailleurs, ce carnet de santé numérique aura un impact majeur en matière d'efficience sur le système de santé français s'il est **consulté systématiquement par les patients et par les professionnels de santé** lorsque c'est pertinent. Cela implique des changements techniques majeurs (mise à jour des logiciels métiers des professionnels), organisationnels (information et recueil du consentement) et culturels (nouvelle habitude à insérer dans la pratique médicale). Ces différents changements s'appuient actuellement sur des actions menées par les pouvoirs publics qui porteront leurs fruits à partir de début 2026 en facilitant notamment la consultation de Mon espace santé par les professionnels de santé.

Systématiser la consultation de Mon espace santé dans les cas de prescription d'actes onéreux

Afin d'inciter les professionnels à consulter systématiquement Mon espace santé, la LFSS pour 2025 avait instauré un mécanisme qui prévoyait la production d'un document prouvant la consultation préalable de Mon espace santé (DMP) avant certaines prescriptions. La production d'un tel document, partagé au patient et conditionnant le remboursement d'un acte coûteux.

Sans évolution, cette mesure est soit inopérante parce que non vérifiée et donc non appliquée par les prescripteurs soit trop coûteuse à mettre en œuvre du fait de la nécessaire mise en place du téléservice de production de la preuve de consultation et du système de vérification (systématique ou sur échantillon) des preuves de consultation.

b) Mesures proposées

Sanctions en cas de non-alimentation de Mon espace santé (DMP) par les professionnels de santé au titre du L. 1111-15.

Afin de renforcer l'alimentation systématique du carnet de santé numérique des patients français, un régime de sanctions financières est proposé, applicable en cas de manquement à l'obligation légale d'alimentation de Mon espace santé par le professionnel de santé prévue à l'article L. 1111-15.

Le périmètre de la sanction applicable doit pouvoir s'appliquer à tous les acteurs de santé, libéraux ou hospitaliers, conventionnés à l'Assurance maladie ou pas. La sanction sera adaptée en fonction de la spécialité, du mode ou du lieu d'exercice du professionnel. Pour cela, elle prend la forme d'une pénalité financière applicable a posteriori aux acteurs de santé n'atteignant pas certains seuils d'alimentation, calculés sur la base de leur volume d'activité et des volumes de documents attendus dans Mon Espace Santé en conséquence.

Les montants maximums de la sanction financière sont définis dans la loi pour chaque manquement ainsi qu'un plafond annuel.

Le calendrier d'application de la mesure, les seuils et les modalités d'application de la sanction seront définis, pour chaque profession de santé et chaque type d'établissement, services ou organismes, par voie réglementaire (décret et arrêté). Les seuils tiendront compte de la proportion des refus d'alimentation de leur DMP par les patients ou de la création de leur espace santé conformément à l'article L. 1111-17 du code de la santé publique. Le calendrier d'application tiendra également compte des contraintes techniques.

Lorsque le renseignement du dossier médical partagé n'a pas pu être effectué, le professionnel de santé ou la structure est mis à même de présenter ses observations dans le cadre d'une procédure contradictoire et de justifier les raisons de cette impossibilité. En effet, la sanction ne saurait s'appliquer dès les premiers éléments non partagés, car plusieurs raisons concrètes dans le quotidien de l'activité peuvent expliquer qu'un document ne soit pas envoyé (ex. problème technique ponctuel, moyen d'authentification non disponible à l'instant T, etc.).

La fréquence de vérification doit être infra-annuelle afin d'être au plus près de l'activité des acteurs de santé (tous les trois mois). Le professionnel est informé à la première vérification qui met en exergue un défaut d'alimentation (en dessous de 70% d'activité par exemple). La sanction serait appliquée en cas de 2 séries de 3 mois consécutifs en sous-alimentation au regard de leur activité. Les professionnels de santé ont un droit de recours.

Cette mesure suppose de consolider les systèmes de suivi statistique des alimentations de Mon espace santé /DMP par acteur et de définir secteur par secteur les règles précises de calcul d'une « bonne alimentation » (cible au regard de l'activité et du secteur, seuils associés, etc.). Des travaux sont actuellement en cours et associeront des experts métier des différents secteurs pour que les indicateurs et modalités de calculs soient les plus robustes possibles.

Sanctions des établissements, services ou organismes ou tout autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins en cas de non-mise en place des conditions matérielles, organisationnelles et d'information des professionnels exerçant en leur sein concernant l'alimentation de Mon espace santé

Il convient de prévoir une obligation propre aux établissements, services ou organismes ou tout autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins de mettre en place les mesures organisationnelle, matérielles et d'information pour que les professionnels exerçant en leur sein remplissent leurs obligations d'alimentation de Mon espace santé (DMP). En effet, dans les établissements de santé, les centres d'imagerie, les laboratoires de biologie médicale, ou les centres de santé, la responsabilité de la mise en place des prérequis nécessaires à une alimentation systématisée en routine repose sur les structures (organisation d'identitovigilance, commande et déploiement d'un logiciel(s) compatible(s), information / formation des professionnels de santé, pilotage des résultats).

En cas de manquement à cette obligation, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre d'un établissement, service, organisme ou autre personne morale, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

Les montants maximums de la sanction financière sont définis dans la loi pour chaque manquement ainsi qu'un plafond annuel. Un décret en conseil d'Etat fixe le barème de sanctions en fonction du domaine d'activité (radiologie, biologie, établissements de santé, etc.) et du volume l'activité.

La non-atteinte de seuils d'alimentation minimaux pourra déclencher les contrôles des entités. La fréquence de vérification sera trimestrielle afin d'être au plus près de l'activité des acteurs de santé. L'établissement, service ou organisme est informé à la première vérification qui met en exergue un défaut d'alimentation (en dessous de 70% d'activité par exemple). Cet élément permettra notamment de cibler l'entité concernée et de l'interroger sur les mesures prises pour permettre l'alimentation, par les professionnels, du DMP. Le constat du manquement sera fondé sur l'absence établie de ces mesures. Par ailleurs, il est prévu de définir par décret en Conseil d'Etat les mesures que doivent mettre en place les établissements, structures, organismes, ainsi que la nature des informations prises en compte dans le cadre de la procédure de contrôle et de sanction. Les structures ont un droit de recours.

Systématisation de la consultation de Mon espace santé dans les cas de prescription d'un acte onéreux.

Le professionnel de santé doit consulter le dossier médical partagé du patient en amont de la prescription d'un acte ou produit de santé coûteux directement dans son logiciel. La modalité de mise en œuvre proposée repose sur un mécanisme d'incitation à la consultation via leurs logiciels métier (1) et d'un dispositif de contrôle a posteriori (2).

(1) Le professionnel doit utiliser un logiciel conforme qui intègre bien les exigences de consultation fluide et sécurisée de Mon espace santé. Un référentiel sera élaboré au titre de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique exigeant que les logiciels de gestion des dossiers médicaux appellent aux prescripteurs l'obligation prévue au premier alinéa et facilitent la consultation de l'historique médical des patients dans le dossier médical partagé en amont de la prescription. Les règles d'efficacité suivantes seront imposées aux logiciels par exemple : rendre obligatoire, à l'initiative de la rédaction d'une prescription de biologie médicale ou d'une demande d'acte d'imagerie, l'information du professionnel de la présence d'un document de santé similaire récent, etc....

Un arrêté, pris en application de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique, encadre le recours à la consultation de l'historique médical des patients lors de la prescription d'un acte coûteux au plus tard d'ici 2027 en précisant notamment la liste des actes ou produits coûteux concernés.

Cette date correspond aux déploiements des logiciels référencés Ségur qui permettront (sans règles de gestion dédiées à la consultation) un accès en consultation simple et fluide de l'historique médical des patients dans les logiciels métiers des professionnels qui réalisent la plupart des prescriptions (en médecine de ville ou en établissements de santé).

(2) Un contrôle a posteriori est réalisé permettant de vérifier de façon statistique qu'en moyenne, le volume de prescriptions d'actes coûteux par un professionnel corresponde à une activité minimale de consultation du dossier médical de Mon espace santé des patients.

Le mécanisme de sanction reposera sur une première alerte du professionnel en cas de non-respect manifeste de la règle de consultation et d'un accompagnement. En cas de réitération, un contrôle assorti de sanction pourra être mené par l'assurance maladie. La fréquence de contrôle sera fixée par arrêté.

c) Autres options possibles

Concernant les sanctions en cas de non-alimentation de Mon espace santé au titre du L. 1111-15.

Option de non-remboursement des actes

Une autre option possible pour favoriser l'alimentation systématique serait de ne pas rembourser l'acte qui ne donne pas lieu à l'alimentation du carnet de santé des Français. Cette option viendrait pénaliser le patient alors que c'est le prescripteur qui ne reporte pas de documents dans le DMP.

Techniquement une telle mesure supposerait des croisements profonds et synchrones entre les systèmes de gestion du remboursement et Mon espace santé, opérés par l'Assurance maladie. De tels croisements seraient disproportionnés en termes d'impacts potentiels sur les droits des personnes.

Par ailleurs, elle ne permettrait pas de couvrir le cas des usagers qui se sont opposés à la création de Mon espace santé (moins de 2%) et pour lesquels la loi prévoit que le droit d'opposition au carnet de santé numérique n'impacte pas la prise en charge. Elle ne permettrait pas non plus de couvrir les cas des professionnels de santé non conventionnés alors qu'ils sont soumis au Code de la Santé publique au même titre que leurs confrères.

Option de conditionner le tiers payant à l'alimentation du DMP

Cette option viendrait conditionner la demande de tiers payant à l'alimentation effective du DMP par le professionnel. Cette option viendrait pénaliser le patient qui devrait faire l'avance des frais alors que c'est le prescripteur qui ne reporte pas de documents dans le DMP. En outre cette option serait particulièrement compliquée à mettre en place techniquement notamment à l'hôpital.

Systématisation de la consultation de Mon espace santé dans les cas de prescription d'un acte onéreux.

Contrôle individuel des données du DMP

Il faudrait prévoir un système qui autorise l'Assurance maladie à contrôler à la maille individuelle les données de consultation de Mon espace santé (cet accès est aujourd'hui interdit par la loi) et à croiser ces données avec les données de remboursement à des fins de contrôle. Celui-ci sera nécessairement très coûteux et complexe à mettre en œuvre. Par ailleurs, un tel croisement de bases contenant des données particulièrement sensibles, suppose une évolution majeure du cadre législatif applicable, des systèmes de chiffrement des données du DMP et serait susceptible de porte atteinte aux libertés individuelles de manière disproportionnée.

Par ailleurs, si la consultation du dossier médical pour les professionnels est une aide certaine dans leur quotidien (accès aux antécédents pour des patients non connus, consultation de résultats récents non transmis) pour leur permettre de gagner du temps dans la reconstitution de l'historique médical de leurs patients et d'avoir une vision exhaustive et à jour de leur état de santé, la pertinence de cette action de consultation dépend des cas de figure. Par exemple un médecin traitant qui suit un patient depuis 10 ans et reçoit tous ses résultats par messagerie sécurisée comme le demande la loi consultera peut-être moins systématiquement l'espace santé. Ainsi, le contrôle systématique et quantitatif serait techniquement lourd à mettre en œuvre. Il générerait de fait de nombreux cas de « faux positifs » renvoyant nécessairement avec des recours nombreux et légitimes de la part des professionnels contrôlés. Enfin, là où la consultation de Mon espace santé est aujourd'hui très attendue de la part des professionnels, un tel régime de contrôle créerait un risque d'image pour le service, transformé en outil de contrôle de l'activité médicale et de lutte contre la fraude.

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

Les sanctions financières applicables aux mesures sur l'alimentation et la consultation constituent des recettes pour la branche maladie de la sécurité sociale.

En outre, il est estimé que les principaux gains liés à la mesure sont issus des économies générées par une moindre redondance de certains actes, régulièrement refaits à l'initiative des professionnels de santé et des patients alors qu'ils ne sont pas légitimes dans le chainage des actes recommandés et/ou pertinents d'un point de vue médical alors qu'un examen a été fait récemment. Cela vient notamment de l'absence d'interopérabilité des SI entre les différents acteurs du système de santé à laquelle Mon espace santé vient pallier.

À ce titre, son impact sur l'ONDAM au titre des dépenses de l'année 2027 et des années ultérieures justifie sa place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du c) du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

La récente entrée en vigueur prévoit du règlement pour un espace européen des données de santé prévoit que les États membres de l'Union mettent tout en œuvre pour garantir aux patients la récupération systématique de leurs données de santé. Cette mesure s'inscrit dans ce cadre.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

La mesure crée un article L1111-15-1 au sein du code de la santé publique sur l'alimentation du Dossier Médical Partagé et donc de Mon espace santé.

La mesure modifie l'article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale.

La mesure crée un article L. 162-1-7-6 au sein du code de la sécurité sociale sur la consultation du Dossier Médical Partagé et donc de Mon espace santé.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier tient compte des économies réalisées ainsi que des recettes liées aux sanctions appliquées.

Les recettes liées aux sanctions sont calculées de manière progressive en tenant compte du calendrier de déploiement par secteur d'activité qui sera défini dans l'arrêté. Sur 2027 et 2028, Médecine de ville, Imagerie, Biologie et établissements de santé seraient concernés. Des hypothèses de couverture des sanctions ont été posées reposant notamment sur l'état actuel d'alimentation par couloir et avec des hypothèses de non-conformité.

Sur les économies générées par la consultation systématique de Mon espace santé en cas de prescription d'acte onéreux, l'analyse des impacts repose uniquement sur une moindre redondance des actes coûteux. Ces gains ne seront réalisés que dans le cas où l'alimentation de Mon espace santé est systématique sur l'ensemble des données clés. Il est difficile d'évaluer les gains financiers liés à une amélioration de la « pertinence médicale » grâce à Mon espace santé aujourd'hui, qui n'est donc pas prise en compte dans les hypothèses.

La mise à jour logicielle permettra une consultation fluide de l'historique médical des patients pour les prescripteurs en ville et à l'hôpital. Le déploiement de la DRIM-M, qui permettra de donner accès aux images directement depuis le compte rendu dans Mon espace santé sera opérationnelle fin 2026 au plus tôt. De premières économies sont attendues à partir de 2026, en lien étroit avec la montée en puissance continue de l'alimentation, et augmenteront progressivement en 2027 et 2028.

Pour calcul l'impact financier, il est choisi de considérer uniquement la biologie et l'imagerie médicale au regard des données disponibles. Ces actes, coûteux, sont ceux qui pourraient réellement bénéficier d'une baisse de la redondance grâce à une consultation systématique de Mon espace santé en ville en à l'hôpital au moment de prescrire un nouvel examen qui pourrait révéler un résultat récent suffisant pour la prise en charge.

Le récent rapport IGAS-IGF « Pertinence et efficience des dépenses de biologie médicale », estime un gain maximum de 25,9 M€ sur les 4 examens « connus pour l'importance des redondances » en ville. Une progressivité dans les gains a été estimée au regard de la montée en puissance de l'alimentation et de la consultation entre 2026, date des premiers déploiements logiciels permettant une expérience simple de consultation de Mon espace santé en intégré logiciel, et 2028 où presque 100% du parc devrait être couvert, permettant d'atteindre 80% du plafond d'économies estimé par la mission pour chaque acte (en prenant en compte des limites liées à la qualification de l'INS notamment, des délais de déploiement, etc.).

Sur l'imagerie médicale, les données fiables sur la redondance effective des actes sont peu nombreuses avec des rapports mentionnant 10% à 40% selon les sources. Le récent rapport IGAS-IGF de juillet 2025 préconise d'ailleurs de « Mener des études afin d'évaluer le temps nécessaire et la complexité de certains actes pour lesquels des risques de non-pertinence ou de sous-recours sont identifiés ». Une analyse a été faite sur 8 actes spécifiques mais ne concernent pas les actes les plus onéreux et interrogent sur la période de redondance de 30 jours appliquée dans la méthodologie au regard des exigences actuelles de contrôle recommandées à la suite de certains examens. L'étude d'impact financier dans le secteur de l'imagerie a donc été effectuée sur une hypothèse très macro de moindre redondance sur l'ensemble des actes de radiographie, IRM et de scanner (de 3% en 2027 car la DRIM, année de généralisation de la DRIM et de la consultation du DMP à l'hôpital et en ville à 8% en 2028) à prendre avec beaucoup de précaution d'autant plus que les données hospitalières sont difficilement accessibles.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
• Maladie (économies réalisées)			+5,18M €	+99,6M€	+298,1M€
• Maladie (recettes)				+15,4€	+3,2€
• Famille					
• Vieillesse					
• Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

La mesure améliorera la prise en charge des assurés, grâce à une exhaustivité des données dans le DMP. Cela permet d'améliorer la connaissance médicale du patient, d'éviter des traitements inutiles ou redondants et la coordination avec les autres professionnels de santé.

La mise à disposition de l'ensemble des données dans l'espace santé du patient (DMP) permet par ailleurs de lui redonner l'ensemble des données liées à sa santé, afin de le remettre au cœur de son parcours de soin et de lui fournir des services de prévention personnalisés de plus en plus fins.

• Impact sur les jeunes

La mesure améliorera la prise en charge via l'accès à l'ensemble des données permettant un meilleur suivi, même en cas de changement de professionnels, notamment pour les enfants sous protection dont le nomadisme médical est souvent un frein à la bonne coordination des soins et prise en charge, une fois adulte.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

c) La mesure améliorera la prise en charge car l'accès à l'ensemble des données permet un meilleur suivi.

d) impacts sur l'environnement

La mesure entrainera une réduction du papier avec l'envoi dématérialisé de tous les documents de santé dans Mon espace santé / DMP. La gestion de la sobriété de l'hébergement des données de Mon espace santé est un enjeu au cœur des réflexions Cnam / DNS au vu des volumétries associées.

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

Sans objet.

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

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

Pour les patients :

- Apporter un document d'identité lors de la prise en charge, lorsque c'est la première fois que l'on voit un professionnel de santé afin que ce dernier qualifie l'Identité Nationale de santé (INS).

Pour les professionnels :

- Suppression de l'obligation de demander à un professionnel de santé la production d'un document pour démontrer la consultation effective de son dossier médical partagé.
- Nécessaire qualification de l'Identité Nationale de Santé pour envoyer les données dans le DMP, qui est aujourd'hui effectuée par le professionnel de santé ou la structure qui prend en charge les assurés (au moins 1 fois pour un patient). Des travaux sont en cours pour encore simplifier cette étape avec la possibilité que cette action soit gérée en amont de la prise en charge par l'assuré par le biais de l'application carte vitale.
- Suppression de l'obligation de fournir à un patient une pièce justificative liée à une information dont l'Assurance maladie dispose déjà.

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

Mise en place d'un dispositif de contrôle au niveau national beaucoup plus poussé que les outils de pilotage existants, très manuels.

Suppression de l'obligation de mise en œuvre d'un téléservice permettant de produire les attestations de consultation du DMP.

Le Règlement sur l'Espace européen des données de santé (Règlement UE n° 2024/2487), entré en vigueur le 26 mars 2025, qui entrera en application de manière échelonnée dans le temps à partir de mars 2027, impose à la France de fournir à ses

citoyens l'accès à des catégories de données de santé électroniques désignées comme prioritaires. Le règlement impose à cet effet aux prestataires de soins de santé, définis comme *"toute personne physique ou morale ou toute autre entité qui dispense légalement des soins de santé"*, d'enregistrer ces données dans un système de dossier médical électronique. Cette obligation doit être effective le 26 mars 2029, date d'entrée en application du règlement pour le volet "usage primaire". La France, qui était précurseur avec la mise en place de Mon espace santé/DMP, doit poursuivre ses actions pour atteindre l'objectif fixé par le règlement : les mesures relatives à l'alimentation et à la consultation du DMP permettent de poursuivre cette trajectoire.

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

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

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

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

Décret en Conseil d'Etat prévoyant les sanctions

Décret fixant les modalités d'application de la mesure sur le périmètre d'alimentation et de consultation de Mon espace santé.

Arrêté fixant les exigences applicables à la consultation de Mon espace santé dans les logiciels des professionnels.

Arrêté fixant les seuils d'alimentation de Mon espace santé attendus par profession et par mode d'exercice.

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

6 mois pour les mesures concernant l'alimentation de Mon espace santé

12 mois pour les mesures législatives concernant la consultation de Mon espace santé

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Des premiers chiffres d'alimentation du DMP sont déjà publiés sur <https://esante.gouv.fr/segur/transparence>. Une publication annuelle des chiffres, à une maille plus fine pourrait être faite avec l'amélioration du dispositif de pilotage nécessaire à la mise en œuvre des sanctions avec notamment l'intégration de chiffres sur la consultation de Mon espace santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1111-15 du code de la santé publique avant modification	Article L. 1111-15 du code de la santé publique après modification
Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1110-4, L. 1470-5 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, doit reporter dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Chaque professionnel doit également envoyer par messagerie sécurisée ces documents au médecin traitant, au médecin prescripteur s'il y a lieu, à tout professionnel dont l'intervention dans la prise en charge du patient lui paraît pertinente ainsi qu'au patient. A l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités des établissements de santé doivent reporter dans le dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale doit verser périodiquement, au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé. La responsabilité du professionnel de santé ne peut être engagée en cas de litige portant sur l'ignorance d'une information qui lui était masquée dans le dossier médical partagé et dont il ne pouvait légitimement avoir connaissance par ailleurs. Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie sont versées dans le dossier médical partagé. Le dossier médical partagé comporte un volet relatif à la santé au travail dans lequel sont versés, sous réserve du consentement de l'intéressé préalablement informé, les éléments de son dossier médical en santé au travail nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins. Les catégories d'informations susceptibles d'être intégrées dans ce volet sont définies par la Haute Autorité de santé dans le cadre de recommandations de bonne pratique. Ce volet comprend les données d'exposition saisies dans le dossier médical en santé au travail en application du quatrième alinéa de l'article L. 4624-8 du code du travail. Le dossier médical partagé comporte également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus, aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du présent code et à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé. Si ce dernier est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne et n'est pas apte à exprimer sa volonté, la décision est prise par la personne chargée à son égard de la mesure de protection, en tenant compte de son avis.	Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1110-4, L. 1470-5 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, doit reporter dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Chaque professionnel doit également envoyer par messagerie sécurisée ces documents au médecin traitant, au médecin prescripteur s'il y a lieu, à tout professionnel dont l'intervention dans la prise en charge du patient lui paraît pertinente ainsi qu'au patient. A l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités des établissements de santé doivent reporter dans le dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale doit verser périodiquement, au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé. La responsabilité du professionnel de santé ne peut être engagée en cas de litige portant sur l'ignorance d'une information qui lui était masquée dans le dossier médical partagé et dont il ne pouvait légitimement avoir connaissance par ailleurs. Tout établissement, service ou organisme, ou tout autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins doit mettre en place les mesures matérielles, organisationnelles et d'information des professionnels exerçant en son sein, définies par décret en Conseil d'Etat, permettant le respect par ces derniers des obligations de report dans le dossier médical partagé prévues au premier alinéa. Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie sont versées dans le dossier médical partagé. Le dossier médical partagé comporte un volet relatif à la santé au travail dans lequel sont versés, sous réserve du consentement de l'intéressé préalablement informé, les éléments de son dossier médical en santé au travail nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins. Les catégories d'informations susceptibles d'être intégrées dans ce volet sont définies par la Haute Autorité de santé dans le cadre de recommandations de bonne pratique. Ce volet comprend les données d'exposition saisies dans le dossier médical en santé au travail en application du quatrième alinéa de l'article L. 4624-8 du code du travail. Le dossier médical partagé comporte également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus, aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du présent code et à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé. Si ce dernier est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne et n'est pas apte à exprimer sa volonté, la décision est prise par la

	personne chargée à son égard de la mesure de protection, en tenant compte de son avis.
Article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale avant modification A venir - Version du 01 janvier 2026	L'article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale après modification
La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient peut être subordonnée, lorsqu'elle est particulièrement coûteuse pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage, à la présentation par le patient d'un document, établi par le prescripteur, indiquant, à l'exclusion de toute autre donnée médicale, que celui-ci a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou que sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement. Aux fins d'établir le document mentionné au premier alinéa du présent article, le prescripteur communique, dans des conditions précisées par voie réglementaire et permettant le recours à un téléservice spécifique, des éléments permettant de vérifier s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou si sa prescription respecte le cadre des indications ouvrant droit au remboursement. Ces renseignements sont transmis au service du contrôle médical. En l'absence du document mentionné au même premier alinéa ou lorsque ce document indique que le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient ou qu'une prescription ne respecte pas les indications ouvrant droit au remboursement, le professionnel appelé à exécuter la prescription recueille l'accord du patient pour délivrer le produit ou pour réaliser les actes et les prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.	La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient peut être subordonnée, lorsqu'elle est particulièrement coûteuse pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage, à la présentation par le patient d'un document, établi par le prescripteur, indiquant, à l'exclusion de toute autre donnée médicale, ~~que celui-ci a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient~~ ou que sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement. Aux fins d'établir le document mentionné au premier alinéa du présent article, le prescripteur communique, dans des conditions précisées par voie réglementaire et permettant le recours à un téléservice spécifique, des éléments permettant de vérifier ~~s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient~~ ou si sa prescription respecte le cadre des indications ouvrant droit au remboursement. Ces renseignements sont transmis au service du contrôle médical. En l'absence du document mentionné au même premier alinéa ou lorsque ce document indique ~~que le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient~~ ou qu'une prescription ne respecte pas les indications ouvrant droit au remboursement, le professionnel appelé à exécuter la prescription recueille l'accord du patient pour délivrer le produit ou pour réaliser les actes et les prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Article 20-5-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte

Article avant modification	Article après modification
Les dispositions des articles L. 133-4-1, L. 161-6, L. 161-8, L. 161-31, L. 162-1-7, L. 162-1-11, L. 162-5 à L. 162-5-2, L. 162-5-3 à l'exception des cinq derniers alinéas, L. 162-5-4, du I de l'article L. 162-5-13 et des articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15, L. 311-5, L. 315-2, L. 315-2-1, L. 322-5-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des modalités particulières prévues par la présente ordonnance. Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : " aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres Ier, II et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles " sont remplacés par les mots : " à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres Ier et II du titre II, et aux chapitres Ier et II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la	Les dispositions des articles L. 133-4-1, L. 161-6, L. 161-8, L. 161-31, L. 162-1-7, L. 162-1-7-6, L. 162-1-11, L. 162-5 à L. 162-5-2, L. 162-5-3 à l'exception des cinq derniers alinéas, L. 162-5-4, du I de l'article L. 162-5-13 et des articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15, L. 311-5, L. 315-2, L. 315-2-1, L. 322-5-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des modalités particulières prévues par la présente ordonnance. Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : " aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres Ier, II et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles " sont remplacés par les mots : " à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres Ier et II du titre II, et aux chapitres Ier et II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la

protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code ”. Pour l'application du I de l'article L. 161-31, les mots : “ des articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-3 et L. 160-4 ” sont remplacés par les mots : “ du II ou du III de l'article 19 de la présente ordonnance ”.	protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code ”. Pour l'application du I de l'article L. 161-31, les mots : “ des articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-3 et L. 160-4 ” sont remplacés par les mots : “ du II ou du III de l'article 19 de la présente ordonnance ”.

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les produits de santé représentant 16 % de l'objectif de dépenses d'assurance maladie¹ en 2025 et la moitié des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé² ; leur gaspillage revêt donc un intérêt économique et écologique majeurs.

Selon l'organisme Cyclamed®, association dont la principale mission est de collecter les médicaments non utilisés rapportés par les particuliers en pharmacie, entre 7 500 et 8 500 tonnes de MNU ont été collectées en France par an, pour l'exercice en ville, ces dernières années. A ces médicaments s'ajoutent 4 500 tonnes de déchets issus de médicaments notamment les emballages

La non-utilisation de médicaments peut résulter d'un conditionnement inadapté à la durée de prescription, d'un défaut d'observance, d'une modification ou d'un arrêt de traitement. Les conséquences de ce gaspillage sont une perte financière et un coût environnemental du fait de la production et de l'incinération de ces médicaments.

S'agissant de la re-dispensation de médicaments non utilisés

Des travaux et expériences menés au niveau européen³ mettent en évidence l'intérêt d'une récupération des médicaments non utilisés par les patients dans le but de leur re-dispensation dans certaines conditions. On estime ainsi qu'un tiers des patients atteints de cancer interrompent prématurément leur traitement oral en raison de toxicité, de progression de la maladie ou de défaut d'observance^{4,5}. Aux Etats-Unis, une étude de la FDA, menée entre 2020 et 2022, met en évidence un coût médian du gaspillage dû à la réduction de dose et à l'arrêt du traitement de 1 750 \$, avec une moyenne de 4 290 \$ par patient⁶.

Les pertes financières associées aux médicaments non utilisés pourraient être réduites, en particulier pour les médicaments coûteux et pour lesquels les modifications ou interruptions de traitements sont fréquentes. Mais la législation (articles L. 4211-2 et L. 4212-7 du code de la santé publique) impose aux pharmacies à usage intérieur (PUI) ou d'officine la collecte et la destruction des médicaments non utilisés, avec interdiction de les redistribuer ou de les mettre à disposition des patients.

Dans ce contexte, certains établissements de santé ont déjà débuté des réflexions sur les conditions qui permettraient d'organiser la re-dispensation de certains de ces médicaments en toute sécurité pour les patients, dans un objectif à la fois économique et écologique.

S'agissant de l'optimisation des dates de péremption des produits du stock sanitaire d'Etat

À la suite de la crise de la Covid-19, le stock sanitaire d'Etat pour faire face à une nouvelle crise pandémique, a été renforcé. Ainsi, en application des recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP), le volume cible des masques dans le stock sanitaire a été porté à 2 milliards d'unités. Ce niveau de stock sera entretenu pour faire face à une nouvelle crise sanitaire, ce qui implique des achats réguliers pour remplacer les lots arrivés à péremption (i.e. gestion dynamique lissée du stock avec des flux réguliers d'entrées et de sorties pour éviter des à-coups logistiques et budgétaires avec des achats massifs ponctuels).

Dans le même temps, des entités publiques, essentiellement des établissements de santé, consomment et donc achètent des masques sanitaires en quantité importante. Pour limiter les dépenses liées à ces achats, une gestion dynamique du stock Etat pourrait être mise en place comme la Cour des comptes y a invité le Gouvernement, notamment dans son récent rapport sur les stocks sanitaires⁷. Les masques du stock Etat se rapprochant de leur date de péremption pourraient être donnés à ces établissements (entre 6 et 12 mois avant la fin de leur durée de vie qui s'élève à 5 ans) au lieu d'être détruits, dans le cadre d'une gestion dynamique de ce stock. Toutefois, une telle cession, hors situation de crise sanitaire, est aujourd'hui impossible

¹ Avis du Comité d'alerte n°2025-1

² Décarbonons la santé pour soigner durablement, Shift Project, Rapport 2023

³ Cost Savings and Waste Reduction Through Redispensing Unused Oral Anticancer Drugs: The ROAD Study | Oncology | JAMA Oncology | JAMA Network ; PMID: 27238215, 2016, Int J Pharm Pract, The redistribution of medicines: could it become a reality, Mcrae D, Allman M, James D ; PMID: 37471095, 2023, JAMA, Oncol, Cost of Drug Wastage From Dose Modification and Discontinuation of Oral Anticancer Drugs, Lam M, Olivier T, Haslam A, Tuia J, Prasad V ; Akgöl K et al JOPP 2023 May 16 ;Smale Em et al JAMA Oncology 2024;10(1):87-94.

⁴ Doshi SD et al Factors Associated With Patients Not Receiving Oral Anticancer Drugs. JAMA Network Open. 2022;5(10):e2236380

⁵ Deutsch S et al Utilization patterns for oral oncology medications in a specialty pharmacy cycle management program J Oncol Pharm Pract 2016 Feb;22(1):68-75

⁶ Le pourcentage médian de gaspillage par rapport au coût total du traitement était de 1,04% (intervalle : 0,04% à 10,80%), avec une moyenne de 1,78% (écart type : 2,21%) .

⁷ Cour des comptes, La gestion du stock stratégique de masques : des progrès encore insuffisants depuis la crise sanitaire, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale chapitre VI, mai 2025.

puisque le code général de la propriété des personnes publiques (CG3P) prévoit un principe d'interdiction des cessions gratuites de matériels entre entités publiques, sauf pour une liste limitative d'exemptions prévues au L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques qui ne s'applique pas au stock Etat.

La distribution des produits du stock de l'Etat, par l'agence nationale de santé publique (SpF), prévue pour faire face aux menaces sanitaires graves est encadrée par les dispositions de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique qui doivent s'articuler avec celles du CG3P. En dehors des distributions en temps de crise ou pour se préparer à une menace sanitaire grave, les possibilités de mise à disposition des produits issus du stock de l'Etat gérés par l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) sont limitées à des dons aux associations humanitaires ou à des pays étrangers au titre de l'action diplomatique. Cependant, ces cessions sont loin de pouvoir éviter la destruction de l'important volume des produits du stock Etat arrivant à péremption annuellement.

b) Mesure proposée

S'agissant de la re-dispensation de médicaments non utilisés

Il est proposé d'expérimenter la re-dispensation de médicaments non utilisés, en rétrocession et pour une durée maximale de trois ans, au sein de certains établissements de santé sélectionnés et autorisés. L'expérimentation sera associée à la mesure de l'acceptabilité de cette pratique par les patients (qui pourront la refuser) et à la détermination des conditions nécessaires pour assurer la sécurisation des prises en charge : liste des médicaments autorisés à être réutilisés, caractéristiques des patients donneurs et receveurs, procédures à mettre en place pour garantir l'intégrité et la qualité des médicaments, conditions de la réaffectation, traçabilité et critères d'évaluation de ces médicaments.

L'expérimentation a vocation à tester le dispositif, qui pourrait être source d'économies substantielles pour l'assurance maladie, tout en prévenant tout risque de falsification, de trafic ou d'abus. L'expérimentation fera l'objet d'un rapport au Parlement. Ce cadre expérimental est, en outre, nécessaire pour évaluer le rapport coût-bénéfice entre destruction et re-dispensation, qui n'est probablement favorable que sous certaines conditions précises (coût, forme de la spécialité, etc...). L'expérimentation fera l'objet d'un suivi reposant sur des indicateurs définis dans le cahier des charges afin de mesurer son efficacité, sa sécurité et son acceptabilité. Ces indicateurs pourront inclure notamment le taux de refus des patients informés de la dispensation d'un médicament réutilisé ; la proportion de médicaments réutilisés rapportée au nombre total de re-dispensations ; le délai moyen entre la collecte et la re-dispensation des médicaments ; la charge administrative induite pour les pharmacies à usage intérieur, mesurée en équivalents temps plein dédiés ; l'économie réalisée par patient et au niveau global de l'expérimentation, les coûts de destruction évités,.... Ces indicateurs permettront d'objectiver le rapport coût-bénéfice de la mesure et de déterminer les conditions d'une éventuelle extension.

Concrètement, la fédération Unicancer a déposé un projet auprès de France Expérimentation, qui a reçu un avis très favorable sous réserve de la mise en place de garanties en matière de sécurité, traçabilité et cadre juridique. La mesure législative proposée permettra le déploiement de ce projet.

S'agissant de l'optimisation des dates de péremption des produits du stock sanitaire d'Etat

La présente mesure a pour objectif d'autoriser des cessions à titre gratuit à partir du stock sanitaire d'Etat, hors situation de crise, à des entités publiques. Elle vise ainsi à réaliser des économies pour les entités publiques bénéficiaires, notamment les établissements de santé, afin de leur permettre de protéger leurs agents et à utiliser au mieux les dispositifs du stock sanitaire d'Etat, en évitant la destruction des produits non utilisés, ce qui représente un gain environnemental.

La présente mesure a pour objet d'ajouter une dérogation au principe de l'interdiction pour l'Etat d'aliéner son domaine mobilier posé par l'article L. 3211-18 du code général de la propriété des personnes publiques. Il s'agit d'ajouter une dérogation supplémentaire à celles figurant à l'article L. 3212-12 du CG3P pour permettre à l'agence nationale de santé publique de céder certains biens acquis pour le compte de l'Etat à des établissements publics de santé ou médico-sociaux, à des établissements publics de l'Etat, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics ou à des catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public.

c) Autres options possibles

S'agissant de la re-dispensation de médicaments non utilisés

La réutilisation et la re-dispensation de certains médicaments pourraient être directement autorisées en droit commun. Toutefois, une phase d'expérimentation paraît indispensable pour définir les conditions sécurisées d'une re-dispensation de médicaments et le type de produits susceptible de faire l'objet de cette réutilisation.

S'agissant de l'optimisation des dates de péremption des produits du stock sanitaire d'Etat

Le cadre actuel du CG3P permet d'effectuer des dons pour des actions humanitaires et diplomatiques mais les volumes écoulés sont restés très limités, même pendant la crise Covid. Ce type d'action ne saurait ainsi empêcher la destruction de la plus grande partie des stocks atteignant la péremption. En outre, la logistique pour ce type de dons est plus complexe que la diffusion vers le système de soin public national.

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

Concernant la re-dispensation de médicaments non utilisés, le dispositif permettra de réaliser des économies sur l'enveloppe « soins de ville » de l'assurance maladie, s'agissant des médicaments en rétrocession et sur le sous-objectif « financement des établissements de santé publics et privés » s'agissant des produits de santé en circuit intra-hospitalier, justifiant une inscription en loi de financement de la sécurité sociale.

Concernant le stock sanitaire d'Etat, la mesure permettra :

- Des économies d'achat des entités publiques bénéficiaires des masques sanitaires sortant du stock Etat (établissements publics de santé financés très majoritairement par l'assurance maladie obligatoire) ;
- L'économie des frais de destruction pour l'agence nationale de santé publique qui gère le stock Etat, dont le budget, tant de fonctionnement que d'intervention, y compris exceptionnel en cas de crise sanitaire, est financé par l'assurance maladie et inscrit à ce titre dans le sixième sous-objectif de l'ONDAM ;
- La réduction de la compensation financée par l'assurance maladie du surcoût lié aux achats souverains (à titre d'illustration, un peu plus de 17M€ ont été consacrés dans les dotations déléguées aux établissements de santé via la contractualisation avec l'agence régionale de santé compétente, afin de compenser le surcoût lié au processus d'approvisionnement souverain en fournitures, en application de l'instruction N° DGOS/PHARE/2024/36 du 20 mars 2024 relative à la sécurisation du processus d'approvisionnement souverain en fournitures, produits de santé et équipements critiques. En effet, l'agence nationale de santé publique applique l'instruction et 100% des masques acquis depuis 2023 sont fabriqués en France.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit européen et notamment la Directive 2004/27/CE du Parlement Européen et du Conseil du 31 mars 2004 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

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

a) Possibilité de codification

La partie expérimentation ne nécessite pas de codification. Les autres dispositions envisagées ont vocation à être codifiées dans le code de la santé publique (création d'un article L. 5126-8-1) et dans le code général de la propriété des personnes publiques (modification de l'article L. 3212-12).

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	Mesures applicables
Mayotte	Mesures applicables
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesures applicables
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesures applicables
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesures non applicables

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

S’agissant de la re-dispensation de médicaments non utilisés, dans l’hypothèse de l’application de l’expérimentation à 1500 patients, et d’une économie atteignant 800€ par patient et par an, est projetée une économie de 0,15 M€ par an, sur les trois ans de l’expérimentation. Cette hypothèse repose sur la base du projet d’expérimentation d’UNICANCER qui prévoit l’inclusion de 1500 patients et du retour d’expérience mené dans d’autres pays de l’Union européenne faisant état d’une économie atteignant 800 € par patient et par an (hypothèse haute), avec un taux de réattribution des traitements de 1 patient sur 8 inclus¹. L’économie estimée est donc de $800 \times 1500 / 8 = 150\,000 \text{ €}$ / an (effet mi-année en 2026).

Concernant le stock sanitaire d’Etat, de manière générale, Santé publique France, exclusivement financée par l’Assurance maladie, s’approvisionne annuellement en divers produits de santé pour constituer des stocks dits Etat pour un budget variable. En absence de distribution en temps de crise sanitaire ou pour faire face à une menace sanitaire, c’est donc un budget équivalent qui serait concerné par les destructions. Une partie n’est pas recyclable en absence de besoin de routine hors crise (cas des antidotes très spécifiques). Toute cession vers une entité publique qui aurait l’usage de certains produits, et aurait sinon engagé une dépense, conduirait, pour cette entité, à une économie s’élevant au montant des biens concernés au prix auquel ils auraient été achetés par cette entité.

En ce qui concerne les masques sanitaires du stock Etat (qui constituent la première part budgétaire de la gestion de ce stock), tant qu’une stabilité des volumes entre les flux entrants et sortants n’est pas établie, les volumes annuels seront variables. En effet, la durée de vie d’un masque est de 5 ans et un achat en année N conduit à un déstockage (don si la mesure est adoptée ou destruction sinon) en année N+4 ou N+5. Les achats (flux entrant) n’ayant pas été lissés (volumes variables) sur la période 2020-2025, le rendement de la mesure sera annuellement variable sur la période 2025-2029. Il sera fonction du volume des masques se trouvant dans leur dernière année avant péremption.

En particulier, peu d’achats ont été réalisés en 2022 (sortie de crise de la Covid-19), ce qui conduira à un flux sortant limité en 2026 et 2027, et donc un rendement limité de la mesure sur ces seules années. L’effet de la mesure (gain budgétaire) ira croissant pour atteindre à horizon 2030 un flux stable de routine.

En effet, un flux sortant de 500 millions de masques par an correspond au maintien d’une cible du stock Etat de 2 milliards de masques avec une rotation effectuée sur 4 ans (don de masques dotés d’une durée de vie résiduelle de 12 mois). En routine à partir de 2030, l’économie maximale annuelle induite par la mesure sera stable et pérenne à hauteur d’environ 40 M€. Ce montant découle du **gain lié à l’absence d’achat pour les entités bénéficiaires (en tenant compte d’un différentiel de prix estimé à 20% par rapport aux achats performants du stock Etat) et de l’économie liée aux frais de destruction**, desquels est déduit le surcoût lié à la rotation accélérée du stock Etat (en 4 ans au lieu de 5), soit environ 7 M€.

Si d’autres produits du stock sanitaire d’Etat étaient aussi cédés au secteur de soin public (autres équipements de protection individuelles, médicaments ou dispositifs médicaux d’usage courant), le montant annuel des gains pourrait être accru.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029 et suivantes
ROBSS					
- Maladie		+1,08	+4,15	+17,15	+40,08
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

¹ Smale and al. Cost Savings and Waste Reduction Through Redispersing Unused Oral Anticancer Drugs – JAMA Oncology, November 16, 2023

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

a) Impacts économiques

S'agissant de l'optimisation du stock sanitaire d'Etat, de manière indirecte, les volumes de masques donnés aux administrations et entités publiques leur permettront de mener une politique interne de prévention des épidémies saisonnières (incitation au port du masque via des distributions) avec des gains liés à un moindre absentéisme. La Cour des comptes de 2021 estime le coût annuel de la grippe saisonnière pour les seuls fonctionnaires à 1 Md€ par an.

b) Impacts sociaux

L'optimisation du stock sanitaire d'Etat participera à la protection de la population en dehors des situations de crise ou d'urgence sanitaire, tout en garantissant une bonne gestion des produits ou matériels achetés pour le compte de l'Etat. Dans le cas des masques sanitaires, les lots cédés aux entités publiques pourront être utilisés pour les personnels de ses entités ou le public visitant ces entités, particulièrement les établissements de santé, en prévention de la propagation d'épidémies saisonnières.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

S'agissant du stock sanitaire de l'Etat, la mesure aura un impact environnemental conforme aux objectifs fixés au 3° de l'article L. 541-1 du code de l'environnement, dans la mesure où une diminution des déchets liés aux produits de santé, au sens de l'article L. 541-1-1 du même code, est attendue. Par ailleurs, le transfert à des établissements publics de santé, évitera l'achat et, à terme, la production de millions de masques par an, ainsi que la destruction des produits périmés non utilisés, ce qui constitue un gain environnemental.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

S'agissant du stock sanitaire de l'Etat, la mesure implique que Santé publique France diffuse des produits en ciblant les établissements publics de santé ou les groupements hospitaliers de territoire. La charge administrative pourra être plus importante que dans la situation actuelle (élimination/incinération) du fait de la diversité des destinataires mais le volume logistique sera comparable. La charge administrative et logistiques des bénéficiaires ne sera a priori pas modifiée et pourrait même être allégée (allègement des procédures achat).

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 précisant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation sera publié dans un délai prévisionnel de 6 mois à compter de la publication du texte de la LFSS au JO.

Un décret en Conseil d'Etat déterminant les modalités d'applications des dispositions du nouvel article L. 5126-8-1 devra être pris pour son application. De plus, un arrêté du ministre en charge de la santé fixera la liste des médicaments dont la cession entre PUI sera autorisée dans les conditions fixées par ce décret.

S'agissant du stock sanitaire de l'Etat, un décret est nécessaire pour fixer le seuil de la valeur unitaire que ne doit pas dépasser le bien à céder. Un décret pourra fixer la liste des catégories d'organismes et les structures chargées d'une mission de service public pouvant bénéficier de la cession.

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

S'agissant du stock sanitaire de l'Etat, les ministères sociaux sont chargés des campagnes de communication générale sur la prévention des infections respiratoires saisonnières. Pour le port du masque, les entités bénéficiaires de la mesure pourront communiquer auprès de leurs usagers (assurés pour les établissements publics de santé) sur la possibilité de mise à disposition, dans leurs établissements, de masques sanitaires.

d) Suivi de la mise en œuvre

S'agissant de la mesure visant la re-dispensation des médicaments non-utilisés, le cahier des charges de l'expérimentation intégrera des indicateurs spécifiques de suivi et d'évaluation.

S'agissant du stock sanitaire de l'Etat, le gestionnaire de stock sanitaire d'Etat sera à même d'effectuer un bilan annuel du volume des cessions faites aux établissements publics de santé, ce qui permettra d'avoir une vue agrégée sans devoir interroger les bénéficiaires ou les ARS afin de ne pas alourdir leurs activités de *reporting*.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques avant modification	Article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques après modification
Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 3211-18, peuvent être réalisées gratuitement : 1° Les cessions de biens meubles dont la valeur n'excède pas des plafonds fixés par l'autorité désignée par décret en Conseil d'Etat à des Etats étrangers dans le cadre d'une action de coopération ; 2° Les cessions de biens meubles dont la valeur unitaire n'excède pas un plafond fixé comme il est dit au 1° à des fondations ou à des associations relevant de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association visées au 1 b de l'article 238 bis du code général des impôts et dont les ressources sont affectées à des œuvres d'assistance, notamment à la redistribution gratuite de biens meubles aux personnes les plus défavorisées. Ces associations ou ces fondations ne peuvent procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués à peine d'être exclues définitivement du bénéfice des présentes mesures ; 3° Les cessions des matériels informatiques dont les services de l'Etat ou de l'un de ses établissements publics n'ont plus l'emploi et dont la valeur unitaire n'excède pas un seuil fixé par décret aux associations de parents d'élèves, aux associations de soutien scolaire, aux associations reconnues d'utilité publique, aux organismes de réutilisation et de réemploi agréés " entreprise solidaire d'utilité sociale " en application du II de l'article L. 3332-17-1 du code du travail, aux associations reconnues d'intérêt général dont l'objet statutaire est d'équiper, de former et d'accompagner des personnes en situation de précarité et aux associations d'étudiants. Les associations s'engagent par écrit à n'utiliser les matériels qui leur sont cédés que pour l'objet prévu par leurs statuts, à l'exclusion de tout autre. Elles ne peuvent procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclues du bénéfice des présentes mesures. Toutefois, lorsque les cessions prévues au présent 3° sont faites à des associations reconnues d'utilité publique ou d'intérêt général, ces associations peuvent procéder à la cession, à un prix solidaire ne pouvant dépasser un seuil défini par décret, des biens ainsi alloués à destination de personnes en situation de précarité ou à des associations œuvrant en faveur de telles personnes ; 4° Les cessions de matériels et d'équipements destinés à l'enseignement et à la recherche scientifiques, lorsqu'ils ont été remis, dans le cadre d'une convention de coopération, à un organisme assurant des missions de même nature. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 5° Les cessions des matériels informatiques et des logiciels nécessaires à leur utilisation, dont les services de l'Etat ou de l'un de ses établissements publics n'ont plus l'emploi et dont la valeur unitaire n'excède pas un plafond fixé par décret, aux personnels des administrations concernées. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ;	Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 3211-18, peuvent être réalisées gratuitement : 1° Les cessions de biens meubles dont la valeur n'excède pas des plafonds fixés par l'autorité désignée par décret en Conseil d'Etat à des Etats étrangers dans le cadre d'une action de coopération ; 2° Les cessions de biens meubles dont la valeur unitaire n'excède pas un plafond fixé comme il est dit au 1° à des fondations ou à des associations relevant de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association visées au 1 b de l'article 238 bis du code général des impôts et dont les ressources sont affectées à des œuvres d'assistance, notamment à la redistribution gratuite de biens meubles aux personnes les plus défavorisées. Ces associations ou ces fondations ne peuvent procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués à peine d'être exclues définitivement du bénéfice des présentes mesures ; 3° Les cessions des matériels informatiques dont les services de l'Etat ou de l'un de ses établissements publics n'ont plus l'emploi et dont la valeur unitaire n'excède pas un seuil fixé par décret aux associations de parents d'élèves, aux associations de soutien scolaire, aux associations reconnues d'utilité publique, aux organismes de réutilisation et de réemploi agréés " entreprise solidaire d'utilité sociale " en application du II de l'article L. 3332-17-1 du code du travail, aux associations reconnues d'intérêt général dont l'objet statutaire est d'équiper, de former et d'accompagner des personnes en situation de précarité et aux associations d'étudiants. Les associations s'engagent par écrit à n'utiliser les matériels qui leur sont cédés que pour l'objet prévu par leurs statuts, à l'exclusion de tout autre. Elles ne peuvent procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclues du bénéfice des présentes mesures. Toutefois, lorsque les cessions prévues au présent 3° sont faites à des associations reconnues d'utilité publique ou d'intérêt général, ces associations peuvent procéder à la cession, à un prix solidaire ne pouvant dépasser un seuil défini par décret, des biens ainsi alloués à destination de personnes en situation de précarité ou à des associations œuvrant en faveur de telles personnes ; 4° Les cessions de matériels et d'équipements destinés à l'enseignement et à la recherche scientifiques, lorsqu'ils ont été remis, dans le cadre d'une convention de coopération, à un organisme assurant des missions de même nature. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 5° Les cessions des matériels informatiques et des logiciels nécessaires à leur utilisation, dont les services de l'Etat ou de l'un de ses établissements publics n'ont plus l'emploi et dont la valeur unitaire n'excède pas un plafond fixé par décret, aux personnels des administrations concernées. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ;

6° Les cessions de biens meubles, dont le ministère de la défense n'a plus l'emploi, à des associations ou organismes agissant pour la préservation ou la mise en valeur du patrimoine militaire, ou contribuant au renforcement du lien entre la Nation et son armée. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 7° Les cessions des biens de scénographie dont l'Etat et ses établissements publics, de même que les services des collectivités territoriales et leurs établissements publics, n'ont plus l'usage, au profit de toute personne agissant à des fins non commerciales ou de tout organisme à but non lucratif œuvrant dans le domaine culturel ou dans celui du développement durable. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret ; 8° Les cessions au profit d'Etats étrangers de biens meubles du ministère de la défense, y compris de matériels de guerre et assimilés, lorsqu'elles contribuent à une action d'intérêt public, notamment diplomatique, d'appui aux opérations et de coopération internationale militaire. Les cessions peuvent concerner des biens acquis à cette fin ou des biens dont le ministère de la défense n'a plus l'emploi. La valeur des biens cédés ne peut dépasser un plafond annuel fixé par arrêté conjoint du ministre de la défense et du ministre des finances ; 9° Les cessions des biens archéologiques mobiliers déclassés, dans les conditions prévues à l'article L. 546-6 du code du patrimoine. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret. Ce plafond n'est pas applicable aux cessions réalisées au profit d'une personne mentionnée à l'article L. 1 du présent code. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 10° Les cessions de constructions temporaires et démontables dont les services de l'Etat ou de l'un de ses établissements publics n'ont plus l'emploi aux structures définies au II de l'article L. 3332-17-1 du code du travail relevant de l'économie sociale et solidaire dans le but d'en éviter la démolition, conformément aux objectifs mentionnés au II de l'article L. 541-1 du code de l'environnement. Préalablement à leur cession, les biens font l'objet d'une désaffectation et d'un déclassement conformément aux dispositions de l'article L. 2141-1 du présent code et de l'article L. 2241-1 du code général des collectivités territoriales. Les biens mentionnés au présent 10° sont proposés sur le site électronique de dons mis en ligne par la direction nationale d'interventions domaniales. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 11° Les cessions de biens meubles dont les services de l'Etat ou ses établissements publics n'ont plus l'emploi et dont la valeur unitaire n'excède pas un plafond fixé par décret à des établissements publics de l'Etat, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures.	6° Les cessions de biens meubles, dont le ministère de la défense n'a plus l'emploi, à des associations ou organismes agissant pour la préservation ou la mise en valeur du patrimoine militaire, ou contribuant au renforcement du lien entre la Nation et son armée. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 7° Les cessions des biens de scénographie dont l'Etat et ses établissements publics, de même que les services des collectivités territoriales et leurs établissements publics, n'ont plus l'usage, au profit de toute personne agissant à des fins non commerciales ou de tout organisme à but non lucratif œuvrant dans le domaine culturel ou dans celui du développement durable. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret ; 8° Les cessions au profit d'Etats étrangers de biens meubles du ministère de la défense, y compris de matériels de guerre et assimilés, lorsqu'elles contribuent à une action d'intérêt public, notamment diplomatique, d'appui aux opérations et de coopération internationale militaire. Les cessions peuvent concerner des biens acquis à cette fin ou des biens dont le ministère de la défense n'a plus l'emploi. La valeur des biens cédés ne peut dépasser un plafond annuel fixé par arrêté conjoint du ministre de la défense et du ministre des finances ; 9° Les cessions des biens archéologiques mobiliers déclassés, dans les conditions prévues à l'article L. 546-6 du code du patrimoine. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret. Ce plafond n'est pas applicable aux cessions réalisées au profit d'une personne mentionnée à l'article L. 1 du présent code. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 10° Les cessions de constructions temporaires et démontables dont les services de l'Etat ou de l'un de ses établissements publics n'ont plus l'emploi aux structures définies au II de l'article L. 3332-17-1 du code du travail relevant de l'économie sociale et solidaire dans le but d'en éviter la démolition, conformément aux objectifs mentionnés au II de l'article L. 541-1 du code de l'environnement. Préalablement à leur cession, les biens font l'objet d'une désaffectation et d'un déclassement conformément aux dispositions de l'article L. 2141-1 du présent code et de l'article L. 2241-1 du code général des collectivités territoriales. Les biens mentionnés au présent 10° sont proposés sur le site électronique de dons mis en ligne par la direction nationale d'interventions domaniales. La valeur unitaire des biens ne peut pas excéder un plafond fixé par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures ; 11° Les cessions de biens meubles dont les services de l'Etat ou ses établissements publics n'ont plus l'emploi et dont la valeur unitaire n'excède pas un plafond fixé par décret à des établissements publics de l'Etat, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession, à titre onéreux, des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures. 12° Les cessions de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves acquis par l'établissement public mentionné à l'article L. 1413 1 du code de la santé publique à la demande du ministre chargé de la santé en application de l'article L. 1413-4 du même code, dont la valeur unitaire n'excède pas un seuil fixé par décret, à des établissements publics de santé ou médico-

	sociaux, à des établissements publics de l'Etat, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics ou à des catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public et figurant sur une liste fixée par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession à titre onéreux des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures.
Article L. 1413-4 du code de la santé publique avant modification	Article L. 1413-4 du code de la santé publique après modification
A la demande du ministre chargé de la santé, l'agence procède à l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Elle assure, dans les mêmes conditions, leur renouvellement et leur éventuelle destruction. L'agence peut également mener, à la demande du ministre chargé de la santé, les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou leurs accessoires ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ou leurs accessoires répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. Elle peut être titulaire d'une licence d'office mentionnée à l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle. Les actions de l'agence concernant des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 sont réalisées par un ou plusieurs établissements pharmaceutiques qui en assurent, le cas échéant, l'exploitation. Ces établissements sont ouverts par l'agence et sont soumis aux dispositions des articles L. 5124-2, L. 5124-3, L. 5124-4, à l'exception du dernier alinéa, L. 5124-5, L. 5124-6 et L. 5124-11.	A la demande du ministre chargé de la santé, l'agence procède à l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Elle assure, dans les mêmes conditions, leur renouvellement, leur cession dans les conditions prévues au 12° de l'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques et leur éventuelle destruction. L'agence peut également mener, à la demande du ministre chargé de la santé, les mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou leurs accessoires ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ou leurs accessoires répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles. Elle peut être titulaire d'une licence d'office mentionnée à l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle. Les actions de l'agence concernant des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 sont réalisées par un ou plusieurs établissements pharmaceutiques qui en assurent, le cas échéant, l'exploitation. Ces établissements sont ouverts par l'agence et sont soumis aux dispositions des articles L. 5124-2, L. 5124-3, L. 5124-4, à l'exception du dernier alinéa, L. 5124-5, L. 5124-6 et L. 5124-11.
Disposition non codifiée	
A.- A titre expérimental, pour une durée maximale de trois ans à compter d'une date fixée le décret mentionné au D, la nouvelle dispensation de certains médicaments non utilisés est, par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-2 et L. 4212-7 du code de la santé publique, autorisée dans les conditions prévues au présent I. Seuls les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du même code désignés par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent participer à cette expérimentation. B.- Les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé désignés en application du A assurent un conditionnement ainsi que des contrôles adaptés aux médicaments collectés aux fins de nouvelle dispensation, conformément aux bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique et aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière dont les principes sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé. La nouvelle dispensation d'un médicament non utilisé ne peut intervenir qu'après que les patients recevant initialement le traitement concerné ont été préalablement informés des modalités de cette nouvelle dispensation et sous réserve qu'ils ne s'y soient pas expressément opposés. C.- Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin, notamment, de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension. D.- Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent I, notamment : 1° Les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique pouvant être dispensés une nouvelle fois ; 2° Les conditions de leur conditionnement, de leur collecte et de leur nouvelle dispensation ; 3° Les modalités d'information et d'opposition des patients ;	

4° Les obligations en matière de sécurité et de contrôle de ces médicaments applicables dans le cadre de leur nouvelle dispensation ;

5° La méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au C.

Article 33– Améliorer la pénétration des biosimilaires et des génériques en ville

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les médicaments biologiques, c'est-à-dire les médicaments fabriqués par une cellule ou un organisme vivant, occupent désormais une place prépondérante et croissante dans l'arsenal thérapeutique. L'essor des premiers médicaments dits biologiques remonte aux années 80, et de nombreuses protections de brevet sont désormais échues, ce qui a permis l'arrivée de médicaments dits biosimilaires.

Aux termes de l'article L.5121-1 1 15° du code de la santé publique, un médicament biologique similaire est défini comme tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence. Au 1^{er} mai 2024, on dénombrait 67 noms de marques de médicaments biosimilaires commercialisés pour 13 classes thérapeutiques différentes (hématologie, diabétologie, neurologie etc). Les remboursements par l'Assurance Maladie de ces classes thérapeutiques représentent pour les délivrances en ville 1,9 milliard d'euros, dont 780 millions d'euros pour les médicaments biosimilaires (32 %)¹.

Sur le site de l'ANSM en septembre 2025, figurent 24 groupes biologiques similaires.

Au regard des différences de prix (25%) entre le médicament biologique de référence et ses biosimilaires, plusieurs mesures en faveur des biosimilaires ont été mises en œuvre récemment afin d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé sans perdre en qualité thérapeutique :

- Inciter les **médecins libéraux** à la prescription des médicaments biosimilaires, par un intéressement, prévu par l'avenant 9 à la convention médicale, signé le 30 juillet 2021 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022. La convention médicale 2024-2029 l'a largement renforcé. Cet intéressement concerne l'ensemble des médecins libéraux conventionnés.
- Encourager la **substitution par le pharmacien** d'un médicament biologique de référence prescrit par son biosimilaire appartenant au même groupe biologique similaire et figurant sur la liste des biosimilaires substituables rendue pour la première fois opérante en avril 2022 (article L. 5125-23-2 du code de la santé publique), à travers :
 - L'avenant 1 à la convention nationale du 9 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie élargissant le dispositif incitatif de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) existant pour la substitution de génériques aux médicaments biosimilaires et hybrides ;
 - L'article 54 de la LFSS pour 2024 permettant un renforcement de cette substitution en ajoutant un délai maximum de deux ans entre la commercialisation de biosimilaire et l'avis de l'ANSM ce qui a permis en 2024 et en 2025 l'extension du champ des médicaments biosimilaires substituables de deux à 9 groupes ; délai réduit à 1 an par l'article 77 de la LFSS pour 2025 ;
 - Un arrêté d'égalisation des marges de distribution entre princeps et spécialités hybrides et biosimilaires substituables en 2024 ;
 - Un arrêté du 6 août 2025 modifié par l'arrêté du 6 octobre, fixant le taux maximal de remises commerciales sur les spécialités hybrides et biosimilaires substituables, dans le prolongement de l'article 77 de la LFSS pour 2025.

Sur les 24 groupes biologiques similaires, 9 groupes sont substituables par le pharmacien d'officine. Des arrêtés fixent la liste des groupes biosimilaires substituables par le pharmacien d'officine. Le cas échéant, les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient sont précisées. En avril 2022, un arrêté a établi une première liste comprenant les facteurs de croissance granulocytaires : les groupes biosimilaires filgrastim et pegfilgrastim. La liste a été depuis complétée. L'arrêté du 20 février 2025 liste les 9 groupes actuellement définis.

Pourtant, malgré ces bénéfices économiques potentiels, les biosimilaires peinent à pleinement s'imposer sur le marché français, particulièrement en ville où leur taux de pénétration n'était que de 34% en 2024, sur la base des données GERS.

¹Caisse nationale de l'assurance maladie, rapport Charges et Produits pour 2026.

Si une hausse du niveau de pénétration des biosimilaires en ville est observée sur la première partie de l'année 2025, elle reste à confirmer. Le taux de pénétration des biosimilaires sur les 12 mois glissants (d'août 2024 à juillet 2025) est égal à 52% en France.

L'objectif est désormais d'atteindre des niveaux élevés (supérieurs à 80 %) de pénétration des médicaments biosimilaires, identiques aux objectifs fixés sur les médicaments génériques.

S'agissant des génériques, le mécanisme actuel de tarif de remboursement ajusté, introduit par la LFSS pour 2019, prévoit le remboursement du médicament générique est fondé sur le prix du médicament le plus cher en l'absence de justification médicale pour la non-substitution uniquement deux ans après l'inscription du premier générique au sein d'un groupe donné, ce qui introduit un délai sur les économies réalisables. Ainsi, comme le souligne l'Assurance maladie dans son rapport Charges et produits, **des économies supplémentaires pourraient être réalisées par les médicaments génériques en accélérant la pénétration** : à 12 mois de commercialisation, le taux de pénétration est de 55% en moyenne pour les génériques et de 70% à 36 mois.

b) Mesure proposée

Afin de renforcer le taux de pénétration des biosimilaires substituables, il est proposé de compléter les différents leviers mobilisables, en leur appliquant des mesures qui ont fait la preuve de leur efficacité pour favoriser la pénétration des médicaments génériques.

Il s'agit tout d'abord d'améliorer la pénétration des médicaments biosimilaires et hybrides substituables par la mise en place d'un mécanisme de tiers-payant contre biosimilaires et hybrides substituables tel qu'il existe pour les génériques. Ainsi lorsque le pharmacien propose la substitution d'un médicament biologique de référence par un biosimilaire qu'il est autorisé à substituer ou d'un médicament princeps par un médicament hybride :

- soit le patient accepte la délivrance d'un biosimilaire substituable ou d'un médicament hybride, alors le pharmacien applique le tiers payant et le patient est dispensé de l'avance de frais ;
- soit le patient refuse cette délivrance et exige le médicament de référence, alors il doit faire l'avance de frais et envoyer à sa caisse d'assurance maladie la feuille de soins pour être remboursé.

En complément, il est proposé d'étendre aux médicaments biosimilaires les dispositions issues de l'article 66 de la LFSS pour 2019, à savoir l'obligation d'une justification médicale à la non-substitution et la mise en place d'un tarif de remboursement ajusté : deux ans après l'inscription du premier biosimilaire au sein d'un groupe donné, le remboursement du médicament bioréférent sera fondé sur le prix du médicament biosimilaire le plus cher en l'absence de justification médicale pour cette non-substitution. Il sera ainsi demandé aux prescripteurs de justifier sur les ordonnances la mention « NS » comme pour les médicaments génériques.

La mesure propose aussi de supprimer l'obligation de prescrire les médicaments biosimilaires en nom de marque en plus de la dénomination commune internationale, ce qui facilitera la substitution par le pharmacien. En effet, en prescrivant une molécule plutôt que le nom de marque d'une spécialité, l'association entre un médicament et un nom de marque sera évitée, les habitudes de prescription seront modifiées, la substitution par le pharmacien sera facilitée et la confiance des patients sera renforcée, favorisant ainsi l'acceptation et pénétration des biosimilaires. Dès lors que le taux de pénétration des biosimilaires augmente, il en découle des effets financiers pour l'Assurance maladie. En effet, dans un même groupe, plusieurs spécialités peuvent coexister, dont le princeps et différents biosimilaires. Tel que proposé, le TRA n'entrera en vigueur que deux ans après la commercialisation du premier biosimilaire et sera fixé sur la base du biosimilaire le plus cher. Dans ce contexte, si un patient reçoit le princeps, la base de remboursement sera alignée sur ce prix. En revanche, si le pharmacien substitue par un biosimilaire dont le prix est inférieur au biosimilaire le plus cher, les dépenses pour l'assurance maladie seront limitées.

Enfin, afin de poursuivre les efforts sur les médicaments génériques dont l'implantation est plus ancienne mais dont les tombées de brevet sont toujours source d'économie, il est proposé de diminuer le délai de mise sous Tarif de Remboursement Ajusté (TRA) des génériques et des hybrides en le passant de deux à un an. Cette accélération permettra d'optimiser les économies liées aux pertes de brevet dans la mesure où un reste à charge lié à la base de remboursement s'appliquera de facto à l'issue de la 1^{ère} année de commercialisation des génériques pour les patients souhaitant le médicament princeps même lorsque la situation médicale n'est pas justifiée. Le rôle des génériques dans la réalisation des économies pour l'assurance maladie est largement compris par les assurés ce qui justifie d'accélérer le délai de cette disposition.

L'ensemble de cette mesure permettra d'améliorer les taux de pénétration des génériques et des biosimilaires permettant d'avoir un impact financier positif pour les pharmaciens d'officines.

c) Autres options possibles

De nombreuses actions ont déjà été mises en œuvre ces dernières années pour améliorer la pénétration des spécialités concernées, en particulier des biosimilaires et hybrides substituables.

Lors de la mise sous tarif de remboursement ajusté le tarif du générique et du biosimilaire le moins cher (versus le plus cher) aurait pu être retenu. Compte tenu des leviers déjà proposés dans cette mesure, cette option n'a pas été retenue. Elle pourrait cependant être envisagée à moyen terme pour encore améliorer le taux de pénétration des médicaments génériques et des biosimilaires substituables.

2. 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. 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 obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...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 sera codifiée puisqu'elle implique une modification de deux articles du code de la sécurité sociale (articles L. 162-16 et L. 162-16-7) et d'un article du code de la santé publique (article L. 5121-1-2).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Applicable
Mayotte	Applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	non applicable

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permet une meilleure pénétration des médicaments biosimilaires substituables en ville.

Au regard de l’impact observé à la suite de la mise en place d’une mesure similaire pour les médicaments génériques, nous pouvons retenir une hypothèse **d’augmentation de dix points du taux de pénétration des médicaments biosimilaires, pour les groupes biologiques dont la substitution reste inférieure à l’objectif de 80%**. De plus, l’impact financier est évalué uniquement pour les **groupes biologiques pour lesquels un écart de prix entre spécialité de référence et spécialité biosimilaire est constaté**.

Pour l’année 2026, sur la base des données GERS sur douze mois glissants entre juin 2024 et mai 2025, en prenant en compte les taux de remboursement respectifs par le biais de MEDIC’AM et la date de rendu de l’avis ANSM sur la substitution pour les groupes concernés, il est attendu **une économie de 2,8M € par point, soit 27,7M € pour dix points**. Les groupes biologiques pris en compte dans cette estimation sont aflibercept, denosumab, etanercept, follitropine alfa, omalizumab, ranibizumab, teriparatide, tocilizumab et ustekinumab.

Compte tenu de délai d’entrée en vigueur, il est proposé que cet impact budgétaire soit imputé pour moitié à l’année 2026.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie	0	0	+9,2	+27,6	+27,6
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

La mesure peut avoir un impact économique positif pour les laboratoires commercialisant les médicaments hybrides ou biosimilaires, du fait de l’anticipation d’un recours accru à ces médicaments.

Elle peut avoir un impact négatif pour les laboratoires commercialisant les médicaments de référence.

La mesure aura un impact positif pour les officines qui mettent en œuvre une politique active de substitution des biosimilaires.

b) impacts sociaux

La mesure peut avoir un impact sur les patients qui ne souhaiteraient pas avoir recours à un médicament biosimilaire sans motif médical justifié, en entraînant une avance de frais lors de l’acquisition du médicament référent (princeps) correspondant et en l’obligeant à envoyer à sa caisse d’assurance maladie la feuille de soins pour être remboursé alors qu’il aurait été dispensé de cette formalité s’il avait accepté de se voir dispenser un médicament biosimilaire.

• **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact.

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

Sans 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

L'assuré en cas de refus du biosimilaire sera pénalisé financièrement et devra transmettre sa feuille de soins à sa caisse.

Le médecin devra justifier pour raisons médicales l'exclusion de la possibilité de substitution par le pharmacien.

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

Nécessité de mettre à jour les systèmes d'information des caisses et la base de données du CEPS sur les prix des médicaments.

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

Sans impact.

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

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

Cette mesure ne nécessite pas de textes d'application.

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

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants dès le second semestre 2026.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés des changements dans les modalités de prise en charge des médicaments biosimilaires substituables et génériques selon les vecteurs traditionnels de l'assurance maladie.

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.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-16 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-16 du code de la sécurité sociale après modification
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. 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. Les dispositions du III du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. 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 : 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 ; 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride. Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie. 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. 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. 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. 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	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. 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. Les dispositions du III du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire. 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 : 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 ; 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride. Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie. 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. 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. Pour les groupes génériques et hybrides, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent III s'applique à compter ~~de deux ans~~ d'un an suivant la publication au Journal officiel ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé du prix de la première spécialité générique ou hybride du groupe. 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.

V.-Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, 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.

d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article.

~~V.-Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, 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.~~

« V- La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre d'une spécialité appartenant à un groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et, figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du 2° de l'article L. 5125-23-2 du même code, délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 dudit code, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné, lorsque le pharmacien délivre un médicament biologique :

« 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe biologique similaire mentionné à l'article L. 5121-1 du même code ;

« 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe biologique similaire.

« Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.

« Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné.

« Pour l'application du présent V, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code sont prises en compte.

« Pour les groupes biologiques similaires, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent V s'applique à compter de deux ans suivant la publication au Journal officiel de la République française ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé, du prix du premier médicament biologique similaire du groupe.

« Le présent V n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au 4° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique. »

V bis.-Les produits dispensés par un pharmacien d'officine en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé

V bis.-Les produits dispensés par un pharmacien d'officine en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces produits soient inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code. Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, un produit figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code autre que celui qui a été prescrit, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du produit prescrit. VI.-En cas d'inobservation des dispositions des III, V et V bis 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, V et V bis, 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. Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. VII.-Les médicaments et dispositifs médicaux dispensés par un pharmacien en application du premier alinéa 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 de trois mois au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application 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. 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.	publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces produits soient inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code. Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, un produit figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code autre que celui qui a été prescrit, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du produit prescrit. VI.-En cas d'inobservation des dispositions des III, V et V bis 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, V et V bis, 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. Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. VII.-Les médicaments et dispositifs médicaux dispensés par un pharmacien en application du premier alinéa 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 de trois mois au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application 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. 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.
Article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale après modification
La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 du présent code consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1, 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 du présent code 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 situations médicales pour lesquelles la substitution peut	La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 du présent code consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant soit à un groupe générique ou un groupe hybride tels que définis à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, soit à un groupe biologique similaire tel que défini au même article et figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du 2° de l'article L. 5125-23-2 du même code, est subordonnée à l'acceptation par ces ~~derniers-assurés ou bénéficiaires~~ de la délivrance d'un médicament générique, hybride ou biologique similaire, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 du présent code ou lorsqu'il existe des génériques, hybrides ou

poser des problèmes particuliers au patient, dans les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.	~~biologiques similaires commercialisés~~ dans le groupe concerné dont le prix est supérieur ou égal, ~~à celui du respectivement, à celui du~~ princeps, de la spécialité de référence ou du médicament biologique de référence. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les situations médicales pour lesquelles la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, dans les cas prévus ~~à l'article~~ aux articles L. 5125-23 et L. 5125-23-2 du code de la santé publique.
Article L. 5121-1-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. L5121-1-2 du code de la santé publique après modification
La prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés par leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée. En l'absence de telles dénominations, elle mentionne leur dénomination commune usuelle. Elle peut également mentionner le nom de fantaisie de la spécialité. Par dérogation au premier alinéa, la prescription de l'un des médicaments mentionnés aux 6°, 14°, 15° et 18° de l'article L. 5121-1, ainsi qu'aux a et d du 1 de l'article 2 du 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 comporte, aux côtés de la dénomination commune du médicament, le nom de marque ou le nom de fantaisie.	La prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés par leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée. En l'absence de telles dénominations, elle mentionne leur dénomination commune usuelle. Elle peut également mentionner le nom de fantaisie de la spécialité. Par dérogation au premier alinéa, la prescription de l'un des médicaments mentionnés aux 6°, ~~14°, 15°~~ et 18° de l'article L. 5121-1, ainsi qu'aux a et d du 1 de l'article 2 du 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 comporte, aux côtés de la dénomination commune du médicament, le nom de marque ou le nom de fantaisie.
	Disposition applicable à Mayotte et disposition relative à l'entrée en vigueur (non codifiées)
	IV- A l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-16-1 » est insérée la référence : « , L. 162-16-7 ». V. – A. - Le dernier alinéa du III de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du A du I du présent article, s'applique aux groupes génériques et hybrides dont le prix de la première spécialité générique ou hybride est publié au Journal officiel de la République française ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé, à compter du 1er septembre 2026. B. - Le V de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du B du I du présent article, s'applique aux groupes biologiques similaires dont le prix du premier médicament biologique similaire est publié au Journal officiel de la République française ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé, à compter du 1er septembre 2026. Il s'applique à compter de la même date aux groupes biologiques similaires pour lesquels une telle publication est intervenue avant le 1er septembre 2024. Pour les groupes biologiques similaires pour lesquels cette publication est intervenue entre le 1er septembre 2024 et le 31 août 2026, le V de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du B du I du présent article, s'applique à compter de la date à laquelle la durée de deux ans mentionnée à l'avant-dernier alinéa du même B du I est échue.

	C. - Les II à IV entrent en vigueur à compter du 1 ^{er} septembre 2026.

Article 34 – Adapter les dispositifs d'accès précoces, d'accès compassionnels et d'accès direct

I. Présentation de la mesure

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

a) Problèmes à résoudre

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a mis en place dès le 1^{er} juillet 2021 deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge des médicaments par l'Assurance maladie :

- l'accès précoce (AP) qui concerne les médicaments traitant des maladies graves, rares ou invalidantes, répondant à un besoin thérapeutique non couvert, présumés innovants et pour lesquels le laboratoire exploitant s'engage à déposer une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou une demande de remboursement de droit commun. ;
- l'accès compassionnel (AC) qui vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent à un besoin thérapeutique non couvert. L'ANSM a délivré près de 180 000 autorisations d'accès compassionnel, en particulier en oncologie, en neurologie et en maladies infectieuses et émergentes, ce qui représente plus de 90 300 patients en impasse thérapeutique.

A côté de ces deux dispositifs, une expérimentation de deux ans a permis la prise en charge par l'Assurance maladie dès la publication de l'avis de la Commission de la Transparence (CT) de la Haute Autorité de santé pour certains médicaments hospitaliers ou médicaments de ville non remboursés par ailleurs. Ce dispositif dit d'accès direct, entré en vigueur en 2023, a pris fin le 9 juillet 2025.

Plus de trois ans après sa mise en place, ce dispositif d'accès précoce a facilité l'accès des patients à des médicaments présumés innovants tout en attirant les laboratoires. Alors que l'expérimentation d'accès direct s'est terminée en juillet et que le premier bilan de la réforme engagée est positif, la présente mesure a pour objet de mettre en cohérence les différents dispositifs d'accès dérogatoires en France et de proposer des améliorations. Il s'agit d'harmoniser ces dispositifs et de clarifier leur articulation, en recentrant l'accès précoce sur les médicaments présumés innovants ayant des données cliniques immatures et l'accès direct sur les médicaments innovants disposant de données cliniques définitives.

• Concernant le dispositif d'accès précoce

Le dispositif d'accès précoce a pour objectif premier d'anticiper au bénéfice des patients les accès aux traitements pour les situations de maladie rare, grave et invalidante en amont du droit commun.

Pourtant, environ 60% des demandes d'accès précoces sont faites après l'obtention de l'AMM (AP post-AMM). Actuellement, lorsqu'un laboratoire dépose, pour une spécialité et une indication donnée, une demande d'AP post-AMM et une demande d'inscription au remboursement, ces demandes sont examinées le plus souvent concomitamment par la HAS. Ainsi les données cliniques disponibles lors de l'évaluation de la HAS en vue d'une autorisation d'accès précoce post-AMM sont les mêmes que celles de l'évaluation de droit commun.

Par ailleurs, la majorité des accès précoces post-AMM ont obtenu un service médical rendu (SMR) important et une amélioration du service médical rendu (ASMR) comprise entre I et IV (87%), répondant aux critères du dispositif d'accès direct. Cette situation annule une grande partie de l'intérêt de ce dispositif dès lors qu'une généralisation de l'accès direct est décidée.

Les critères actuels d'éligibilité au dispositif d'accès précoce sont les suivants (définis au I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique) :

- Indications thérapeutiques précises, destinées à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes ;
- Absence de traitement approprié ;
- Impossibilité de différer la mise en œuvre du traitement ;
- Forte présomption d'efficacité et de sécurité de ces médicaments au vu des résultats d'essais thérapeutiques et, s'agissant d'un vaccin, au vu des recommandations vaccinales émises par la Haute Autorité de santé ;
- Médicaments présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.

La majorité des refus d'accès précoces par la HAS montre que plusieurs de ces critères sont dépendants les uns des autres (par exemple si le médicament est présumé innovant, c'est que les traitements actuels ne sont pas considérés comme appropriés, ou que le traitement ne peut pas être différé), créant une redondance.

Par ailleurs, les délais de négociation sont aujourd'hui plus longs pour les spécialités en accès précoce que pour les spécialités en droit commun y compris à niveau d'ASMR comparable (en médiane, 175 jours pour les AP contre 70 jours pour les autres spécialités). En revanche l'accès direct a permis pour plusieurs spécialité un rythme de négociation rapide ayant obtenu la satisfaction des membres du comité ainsi que du laboratoire (en médiane, 4,1 mois).

En outre, dans certaines conditions, des majorations du taux de remises annuelles versées par les laboratoires à l'Assurance maladie peuvent être appliquées. Ces majorations ont été instaurées pour inciter les laboratoires à respecter leurs

engagements pris lors de l'octroi de l'AP, mais aussi pour négocier les prix avec le CEPS dans des délais réglementaires et ajuster la dépense annuelle en fonction de l'évaluation de la spécialité. Finalement, ces majorations ont peu d'impact sur le rythme des négociations et complexifient le calcul des remises annuelles.

D'autre part, l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit la possibilité, pour certaines spécialités dont la prise en charge au titre de l'accès précoce a pris fin, de bénéficier d'un régime temporaire de prise en charge. Cela concerne les spécialités classées en réserve hospitalière, qui ne seraient pas éligibles à l'inscription sur la liste de remboursement en sus dans l'indication considérée à la suite de leur évaluation par la HAS, dans l'attente de données complémentaires. Depuis la publication de l'article 76 le 27 décembre 2023 au *Journal Officiel*, seules quatre spécialités, concernant deux indications thérapeutiques, auraient pu être éligibles au dispositif (aucune spécialité en 2025). Ce dispositif complexifie le système dérogatoire pour peu de spécialités concernées.

Enfin, lorsque la spécialité en accès précoce n'est finalement pas inscrite en droit commun (par exemple en cas de refus de renouvellement de l'accès précoce par la HAS, en cas de retrait de l'AMM ou à la demande du laboratoire), des continuités de traitement pour les patients déjà inclus sont prévues pour un an, avec une prise en charge par l'Assurance maladie pour les trois premiers mois, la responsabilité de la prise en charge pour les neuf mois restants n'étant pas précisée. Or, compte tenu du niveau souvent très élevé d'indemnité sollicitée par les laboratoires pour des produits en accès précoce, les établissements de santé ne sont généralement pas en mesure de prendre en charge eux-mêmes ces traitements, laissant des patients en impasse thérapeutique.

- **Concernant le dispositif d'accès direct**

Au terme de deux années d'expérimentation, une pérennisation du dispositif d'accès direct peut être envisagée sous réserve de modifier certains critères qui avaient été définis pour l'expérimentation.

En effet, dans le cadre de l'expérimentation, lorsqu'une spécialité pharmaceutique est déjà disponible en ville, c'est-à-dire inscrite dans une indication sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, elle ne peut pas faire l'objet d'une demande de prise en charge. Cette disposition restreint le nombre de spécialités éligibles.

En outre, le délai de négociation tarifaire avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) commence à courir à compter de la publication au *Journal Officiel* de l'arrêté de prise en charge au titre de l'accès direct. Or les négociations ne débutent qu'à réception de l'avis de la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) lorsque celui-ci est sollicité, ce qui entraîne un risque d'iniquité.

Par ailleurs, lorsqu'aucun accord conventionnel n'est signé dans un délai de dix mois, le CEPS fixe par décision, avant la fin du douzième mois, le prix de vente au public, le prix de cession ou le tarif de responsabilité et prix limite de vente aux établissements. Cette situation semble représenter un risque pour les laboratoires qui peuvent alors se retirer du dispositif, limitant l'accès aux traitements pour les patients.

- **Concernant le dispositif d'accès compassionnel**

Les accès compassionnels sont autorisés pour des médicaments qui ne font pas l'objet de recherche impliquant la personne humaine (RIPH) à des fins commerciales et qui ne sont donc pas engagés dans la voie commerciale d'une AMM. Cette définition imprécise soulève des difficultés d'application pour l'ANSM s'agissant notamment de la prise en compte des lieux où sont conduits les essais cliniques.

Récemment, plusieurs médicaments inscrits dans le droit commun, ou pris en charge dans le dispositif d'accès précoce, ont eu une abrogation de leur AMM ou un refus de renouvellement de leur AMM en France. Dans ces cas, si le médicament n'a pas d'autre indication autorisée, et qu'il répond aux critères d'octroi, l'ANSM considère que l'autorisation d'un accès compassionnel pourrait être envisageable, à condition que le retrait ou le non-renouvellement de l'AMM ne soient pas dus à un problème de sécurité. Cette situation n'est actuellement pas prévue par la loi.

En outre, les industriels déclarent au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale les indemnités maximales fixées, qui ne sont pas publiées sur le site du ministère ce qui rend le suivi des indemnités et des facturations illisibles pour les acteurs concernés.

Enfin, des continuités de traitements peuvent s'appliquer lorsque l'accès compassionnel d'une spécialité pharmaceutique prend fin. Après quatre ans de mise en œuvre de la réforme, dans certains cas, les durées de continuités de traitement ne sont pas clairement identifiées ou ne sont pas compatibles entre elles. C'est par exemple le cas lorsqu'une spécialité obtient une AMM et qu'en parallèle elle se voit refuser un accès précoce, deux délais peuvent s'appliquer, créant une confusion.

- **Concernant la liste des pays retenus pour la tarification des produits de santé**

L'accord-cadre signé entre le LEEM et le CEPS offre la possibilité pour les médicaments innovants de bénéficier d'une garantie de prix européen (article 11). Cet avantage se traduit généralement par un prix facial décorrélé du prix net, dont le delta représente les remises conventionnelles, négocié entre le laboratoire exploitant et le CEPS. Cet avantage intéresse particulièrement les laboratoires pharmaceutiques : afficher un prix élevé en France permet ainsi l'inscription à des prix élevés dans les autres pays.

Plusieurs effets collatéraux et négatifs pour notre système de soins sont cependant à déplorer avec (1) des taux de prise en charge par les organismes complémentaires calculés sur la base du prix facial, quand bien même le prix net est plus bas, pouvant générer des hausses de frais de cotisations pour les adhérents, (2) des effets d'aubaine pour la chaîne de distribution

du médicament et (3) des difficultés à associer des prix faciaux très élevés avec la fixation d'un prix net cohérent avec le panier de soins disponible en France.

Les pays retenus aujourd'hui pour la fixation des prix faciaux sont l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne et la Grande-Bretagne. Un médicament d'ASMR I à III ainsi que certains médicaments d'ASMR IV ne peuvent voir leur prix public inférieur au prix le plus bas pratiqué au sein de ces quatre pays. La restriction de ce corridor de pays à l'échelle européenne peut cependant être réinterrogée, les caractéristiques précédemment mentionnées se retrouvant également au sein de pays non-européens.

b) Mesures proposées

- **Recentrer le dispositif d'accès précoce sur les produits dont les données cliniques sont immatures**

Il est proposé de recentrer le dispositif d'accès précoce sur les médicaments dont les données cliniques sont immatures, à savoir :

- Les spécialités sans AMM pour lesquelles le laboratoire s'engage à déposer une demande d'AMM dans les deux ans suivant l'autorisation d'accès précoce ;
- Les spécialités avec une AMM mais pour lesquelles la HAS considère que la maturité des données cliniques n'est pas suffisante et que le plan de développement clinique est adapté pour lever cette incertitude dans un délai raisonnable.

Les laboratoires devront toujours s'engager à déposer une demande d'inscription sur les listes de remboursement un mois après l'obtention de leur AMM. Pour les spécialités en attente de données supplémentaires, ils s'engageront à déposer une nouvelle demande (sur la base d'une réévaluation de leur avis de CT) au plus tard dans les trois ans suivant l'autorisation d'accès précoce.

Les critères d'éligibilité et d'octroi seront simplifiés et limités à trois, et concerneront toujours des indications thérapeutiques précises, destinées à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes :

- Il n'existe pas de traitement approprié ;
- La présomption d'efficacité et de sécurité de ces médicaments au vu des résultats d'essais thérapeutiques et, s'agissant d'un vaccin, au vu des recommandations vaccinales émises par la Haute Autorité de santé ;
- Une présomption d'innovation notamment au regard d'un comparateur cliniquement pertinent.

A la suite de l'évaluation des données cliniques confirmatoires par la CT, la prise en charge s'effectuera dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'accès direct, notamment en termes de conditions de négociations, permettant ainsi une équité entre les spécialités en accès précoce ou en accès direct. La bascule d'un dispositif à l'autre n'étant pas possible.

En outre, afin de limiter l'incertitude financière liée à la remise de débouclage, il est proposé que les laboratoires mettent à disposition leur médicament à une indemnité libre – ou au prix déjà fixé le cas échéant – pendant une durée de 3 ans maximum à compter de l'octroi de l'autorisation d'accès précoce. Passé ce délai, la fourniture du médicament sera réalisée à titre gracieux.

Cette mesure sera également accompagnée d'une simplification du mécanisme de régulation financière avec l'abandon des majorations du taux de remise annuelle sans suppression de ces remises.

Dans un objectif de lisibilité et de simplification des dispositifs, il est proposé de supprimer l'accès temporaire prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. En remplacement, si la HAS estime après évaluation par la CT que les données sont insuffisantes pour conclure à un niveau d'ASMR et que le laboratoire peut fournir de nouvelles données dans des délais permettant d'actualiser son évaluation, alors la prise en charge au titre de l'accès précoce pourra être prolongée pour une période supplémentaire d'un maximum 3 ans le temps de la réévaluation de la spécialité. A l'issue de cette nouvelle période, si le laboratoire n'a pas déposé de dossier contenant les données confirmatoires, la prise en charge prendra fin et la fourniture du médicament sera réalisée à titre gracieux au titre des continuités de traitement d'un an.

Enfin, en cas de non-inscription de la spécialité en droit commun, les modalités de continuité de traitement pour les patients seront clarifiées : la mise à disposition se fera à titre gracieux pendant les 12 mois de continuité de traitement quel que soit le motif de fin d'accès précoce de la spécialité.

- **Pérenniser le dispositif d'accès direct afin d'accélérer la prise en charge des traitements apportant un progrès thérapeutique**

Il est proposé de pérenniser le dispositif d'accès direct en l'élargissant aux extensions d'indications thérapeutiques.

La demande de prise en charge sera toujours déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans le mois suivant la publication de l'avis de la commission de la transparence (CT).

Les critères d'éligibilité relatifs à l'évaluation de la HAS resteront inchangés, permettant ainsi un accès patient rapide dès lors que le niveau de SMR sera majeur ou important et le niveau d'ASMR au moins mineur (de niveau I à IV). L'accès direct sera octroyé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée de 3 ans maximum.

La prise en charge commencera dès la publication au *Journal Officiel* de l'arrêté de prise en charge au titre de l'accès direct. Les négociations tarifaires débiteront désormais à compter de la prise en charge, ou à compter de la date de publication de l'avis de la CEESP pour les spécialités qui y sont soumises. Il est proposé de conserver le principe de libre fixation de l'indemnité dans les 12 premiers mois de l'accès direct – ou lorsqu'un prix est déjà publié au *Journal Officiel* pour une autre

indication de la spécialité d'appliquer ce dernier – en contrepartie de l'application de remises annuelles et d'une remise au débouclage. Le laboratoire devra s'engager à mettre à disposition à titre gracieux la spécialité concernée en cas d'absence d'inscription sur les listes de remboursement à compter du 13^{ème} mois de négociations tarifaires, et pendant un an pour assurer les continuités de traitement si le laboratoire retire sa spécialité de l'accès direct. Cette mesure a pour objectif de sécuriser l'accès des patients aux traitements et de limiter l'ampleur de la remise de débouclage en fin d'accès direct. Les négociations tarifaires pourraient reprendre en dehors du dispositif dès lors qu'un nouvel élément sera de nature à réinstaurer des discussions.

Par harmonisation avec les dispositifs d'accès précoce et compassionnel, le taux de la TVA sera réduit à 2,10% pour les spécialités bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'accès direct.

- **Clarifier certaines situations liées aux accès compassionnels**

Il est proposé de clarifier les critères d'octroi des accès compassionnels pour en exclure tout produit faisant l'objet d'un développement clinique à visée commerciale afin de ne pas mettre en concurrence ce dispositif avec la recherche clinique et mieux définir le périmètre des accès compassionnels très précoces. Ainsi, il est précisé que l'existence d'une recherche impliquant la personne humaine en cours s'entend « y compris hors du territoire national », et qu'est considéré comme traitement approprié, un traitement approprié « commercialisé ». Cet ajout permettra d'étendre le cadre de prescription compassionnelle (CPC) aux situations dans lesquelles il existe déjà une AMM pour une spécialité identique, mais non commercialisée en France.

Afin de renforcer l'encadrement des accès compassionnels, lorsqu'une spécialité voit son AMM abrogée, refusée ou non renouvelée, et qu'elle n'a pas d'autre indication autorisée, l'octroi d'accès compassionnel est possible dans l'indication considérée uniquement pour la poursuite de traitement d'un patient, et réalisé à titre gracieux par le laboratoire.

Enfin, il est proposé de clarifier le dispositif relatif aux continuités de traitement des accès compassionnels, en particulier pour la période à considérer. Désormais, lorsque l'accès compassionnel prend fin au motif qu'une AMM a été délivrée, si le patient est éligible à l'indication de l'AMM, alors des continuités de traitement peuvent s'appliquer pendant 12 mois à compter de l'arrêt de l'accès compassionnel. Lorsque l'accès compassionnel prend fin pour un autre motif ou que le patient n'est pas éligible à l'indication de l'AMM, des continuités de traitement peuvent s'appliquer pendant 24 mois à compter de l'arrêt de l'accès compassionnel.

- **Ouvrir la liste des pays retenus pour la tarification des produits de santé**

Il est proposé d'ouvrir la possibilité de s'appuyer sur des pays non-européens lors de la tarification des médicaments et dispositifs médicaux sur notre territoire. Ces pays devront présenter, comme pour les pays européens aujourd'hui retenus, des niveaux de développement économique et des modalités de prise en charge des produits de santé proches de ceux de la France. Le Japon a notamment été identifié comme un candidat adéquat s'agissant du médicament. Cette mesure fera l'objet d'une déclinaison réglementaire et conventionnelle, ce qui permettra de concerter la liste des pays avec le secteur.

c) Autres options possibles

L'application d'une remise annuelle de 90% du chiffre d'affaires réalisé pour une spécialité aurait pu être envisagée, durant la période postérieure aux 12 premiers mois de prise en charge au titre de l'accès direct et pour la période de négociation des accès précoces. Cependant, cette option aurait instauré une avance trop importante pour les établissements de santé et l'assurance maladie. La mise à disposition gracieuse permet par ailleurs une gestion logistique simplifiée pour les établissements de santé.

Actuellement, l'autorisation d'accès précoce est renouvelable sans limite de temps et la prolongation des délais dans ce dispositif est très souvent justifiée par des négociations tarifaires prolongées. Avec la généralisation de l'accès direct, il aurait pu être proposé de borner la durée du dispositif d'accès précoce pour les autorisations délivrées en post-AMM, en cohérence avec le caractère dérogatoire et temporaire. Néanmoins, cette option pourrait conduire à une perte de chance pour les patients lorsque la négociation n'est pas terminée à l'issue de la période et n'a donc pas été retenue.

2. 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 et en améliorant 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 1^o et du 3^o de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, le conseil central d'administration de la MSA 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, la HAS ainsi que l'ANSM ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. 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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure proposée modifie les articles L. 5121-12, L. 5121-12-1, L. 5123-2, L. 5126-6 du code de la santé publique.

La mesure modifie également les articles L. 133-4, L. 162-16-4, L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-3, L. 162-16-5-4, L. 162-16-5-4-1, L. 162-17-1-2, L. 162-17-4, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-3, L. 162-23-6-1, L. 165-2, L. 245-1, L. 245-2 et L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 281 octies du code général des impôts est également modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

- Concernant les accès directs :

Durant la période d'accès direct, 6 spécialités ont pu bénéficier d'une prise en charge dérogatoire au titre de l'accès direct, dont 3 en 2024 pour une dépense nette de remises de 14,6 M€ par l'Assurance Maladie. Durant cette même période, 42 spécialités ont reçu un avis d'évaluation de la CT qui remplissaient les critères d'éligibilité de SMR et ASMR au dispositif d'accès direct mais pour lesquelles une demande d'accès direct n'était pas possible, puisqu'il s'agissait soit d'une extension d'indication en ville, soit d'une volonté du laboratoire, et 37 spécialités ont été autorisées en accès précoce post-AMM. Avec la généralisation du dispositif, et en faisant l'hypothèse d'un nombre similaire de spécialités, on peut estimer qu'une vingtaine de spécialités par an en moyenne pourront être prises en charge en accès direct.

Cette mesure étant une harmonisation des dispositifs, le montant déjà attribué aux spécialités en accès précoce post-AMM qui pourront désormais bénéficier d'un accès direct, n'est pas comptabilisé dans l'impact de la mesure.

Ainsi, le surcoût moyen net de remises annuelles pour l'Assurance Maladie représente 22 M€ par an.

- Concernant les accès compassionnels :

En moyenne, environ 20 spécialités peuvent être concernées tous les ans par des continuités de traitement sans date de fin, et quelques-unes ont été concernées par une AMM abrogée, non renouvelée ou refusée. Le montant remboursé pour ces spécialités représente en moyenne 500 000 € par an.

- Concernant la liste des pays retenus pour la tarification des produits de santé

Une analyse effectuée sur un panel de médicaments¹ représentant un quart de la dépense nette fait ressortir une économie, nette des remises pharmaceutiques, de 530M€ en considérant une application des prix japonais ou sud-coréens quand ces derniers apparaissant inférieurs aux prix français actuels.

Une montée en charge est prévisible, la construction du plan de baisses par le CEPS n'englobant probablement pas, dès sa première année, l'ensemble des médicaments présentant des prix japonais/sud-coréens inférieurs aux prix français. Un lissage de l'atteinte du prix japonais sur plusieurs années pourrait également être négocié par le CEPS sur certains médicaments.

A ce titre, il est attendu une atteinte intégrale du rendement de la mesure uniquement à l'horizon 2029.

Cette mesure permettra notamment au CEPS d'atteindre ses objectifs sur les économies par baisses de prix.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie	0	0	113	246	379
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Cette mesure vise une amélioration de l'accès aux dispositifs d'accès précoces et compassionnels, et la soutenabilité financière par la solidarité nationale.

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'accès direct.

Cette mesure aura aussi un impact sur l'ensemble des acteurs concernant la liste des pays servant de comparateurs lors des négociations tarifaires.

b) impacts sociaux

La mesure aura un impact social positif sur les assurés, car elle permettra un accès anticipé aux médicaments présentant une amélioration du service médical rendu. Elle permettra également aux patients souffrant de maladies graves, rares ou

¹ Incorpore des médicaments de toute nature (chimique, biologique et MTI avec YESCARTA ou ABECMA pour ce dernier par exemple), des médicaments de toute aire thérapeutique (infectiologie, oncologie, diabète, asthme avec, respectivement DOVATO, OPDIVO, FORXIGA ou NUCALA) et présentant des impacts budgétaires significatifs sur notre territoire pour la majeure partie (à titre d'exemple : KEYTRUDA, DARZALEX, VYNDAQUEL, ELIQUIS qui représentent à eux quatre 3.5Md€ de dépenses brutes).

invalidantes de disposer d'un meilleur accès aux nouveaux médicaments par le biais d'une amélioration de la période de transition entre les accès dérogatoires et le droit commun.

- **Impact sur les jeunes**

La mesure est sans impact sur les jeunes.

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

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

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

a) impacts sur les assurés, 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, etc.)

La mesure vise une simplification des dispositifs d'accès dérogatoires existants ce qui devrait avoir un impact positif sur les métiers des administrations publiques, des caisses d'assurance maladie, de la Haute Autorité de Santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

La mesure aura un impact sur les services devant vérifier la validité des dossiers d'accès direct, produire les arrêtés de prise en charge et mettre à jour le référentiel associé.

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

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

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

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

Un décret précisera les modalités d'application du dispositif d'accès direct et les décrets existants concernant les dispositifs d'accès précoce et compassionnel seront modifiés. Ils seront publiés lors du premier semestre 2026.

Des mesures transitoires seront mises en place pour assurer la bascule des dispositifs.

Un décret simple sera nécessaire pour la mise à jour des pays servant de comparateurs.

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 réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 5121-12 avant modification	Article L. 5121-12 après modification
I. - L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies : 1° Il n'existe pas de traitement approprié ; 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ; 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques et, s'agissant d'un vaccin, au vu des recommandations vaccinales émises par la Haute Autorité de santé ; 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent. II. - L'accès précoce s'applique : 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ; 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes. III. - L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable. Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée. IV. - L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament : 1° D'un engagement d'approvisionnement approprié et continu du marché national, de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre Ier quater du présent titre ; 2° D'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du	~~I. - L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies -~~ L'accès précoce permet l'utilisation, à titre exceptionnel et dans les conditions dérogatoires d'autorisation définies au présent article, de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, dans des indications précises et cliniquement pertinentes, lorsqu'ils satisfont aux critères suivants : 1° Il n'existe pas de traitement approprié ; ~~2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;~~ ~~3 2° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments -~~ Leur efficacité et leur sécurité sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques et, s'agissant d'un vaccin, au vu des recommandations vaccinales émises par la Haute Autorité de santé ; ~~4 3° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent -~~ Ils sont présumés innovants notamment au regard d'un comparateur cliniquement pertinent. II. - L'accès précoce ~~s'applique~~ peut être accordé : 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et que celle-ci n'a fait l'objet d'aucun avis favorable du comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation puis, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L.5123-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale ; 2° ~~Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée, a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes. Soit à un médicament qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et dont la demande d'inscription pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L.5123-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale n'a pas été accordée au vu des données disponibles, alors que la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 a rendu un avis qui :~~ a) évalue dans l'indication considérée un niveau de service médical rendu au moins égal à un niveau fixé par décret ;

médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments. Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché. L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. V. - Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance que le patient 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 d'une autorisation d'accès précoce au titre du III du présent article, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce". Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce". Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication. VI. - L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé : 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ; 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ; 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique ou en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou données cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.	b) estime que les données disponibles permettent de présumer l'existence d'une amélioration du service médical rendu ; c) estime que, malgré l'absence d'amélioration du service médical rendu démontrée au vu des données disponibles, la réalisation du plan de développement qui lui est soumis est de nature à fournir dans un délai maximal de trois ans les données nécessaires pour justifier l'inscription sur l'une des listes mentionnées plus haut. L'exploitant s'engage, dans ce cas, à déposer dans les trois ans une demande de réévaluation d'inscription sur l'une de ces listes. III. - L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable. Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée. Pour être recevable, la demande doit être accompagnée d'un engagement de l'exploitant : 1° d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la période de l'accès précoce pendant une durée minimale de douze mois supplémentaires au terme de cette période, sauf si des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients s'y opposent ; 2° de fournir à titre gracieux la spécialité pendant les périodes mentionnées au deuxième et troisième alinéa du I de l'article L.162-16-5-1 et au I de l'article L.162-16-5-1-1, ainsi que pour assurer la continuité des traitements mentionnés au 1°. IV. - L'autorisation d'accès précoce, qui ne peut être accordée que si l'exploitant s'engage à déposer dans les trois ans une demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 1° du II, est subordonnée au respect, par ~~l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament~~ cette entreprise : 1° D'un engagement d'approvisionnement approprié et continu du marché national, de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre Ier quater du présent titre ; 2° D'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments. Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés au 3° du présent VI, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. V. - Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance que le patient 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 d'une autorisation d'accès précoce au titre du III du présent article, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce". Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce". Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication. VI. - L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé : 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ; 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas ~~l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des du 1° ou 2° du II l'un des engagements pris au titre du II, du III ou du IV~~ ou lorsqu'elle retire sa demande ; 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique ou en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou données cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée. En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés au 3° du présent VI, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 5121-12-1 avant modification	Article L. 5121-12-1 après modification
I. - Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies : 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;	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 :

2° Il n'existe pas de traitement approprié ; 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II du présent article, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III. II. - A la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient 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. Par dérogation au 1° du même I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai, défini par décret, courant à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication. Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. III. - De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation. 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	1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales au niveau national ou international ; 2° Il n'existe pas de traitement approprié commercialisé en France ; 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II du présent article, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III. II. - A la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient 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. Par dérogation au 1° du même I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai, défini par décret, courant à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à au 1° du II de l'article L. 5121-12 dans cette indication. L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce dans le délai précité ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret. Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, au seul motif qu'il n'est pas présumé innovant, ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions prévues au premier alinéa du présent II dans cette indication. Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. III. - De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de

produits de santé informe 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 des droits d'exploitation du médicament 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 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.

VII. - L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.

VIII.-Toutefois et, le cas échéant, par dérogation aux I et II :

sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.

Par dérogation au 1° du même I, la mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique.

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 **et commercialisé sur le territoire national** 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 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 recueil de données** 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 des droits d'exploitation du médicament ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de **suivi des patients recueil de données** 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

1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret ; 2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique ; 3° Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, sur le seul fondement du 4° du I de l'article L. 5121-12 ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions prévues au premier alinéa du II du présent article dans cette indication.	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 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. VII. - L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. ~~VIII. Toutefois et, le cas échéant, par dérogation aux I et II :~~ ~~1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret ;~~ ~~2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique ;~~ ~~3° Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, sur le seul fondement du 4° du I de l'article L. 5121-12 ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions prévues au premier alinéa du II du présent article dans cette indication.~~ En cas de retrait, de refus ou de non-renouvellement d'une autorisation de mise sur le marché dans une indication considérée, seule la poursuite du traitement pour un patient donné peut donner lieu à une autorisation d'accès compassionnel.
Article L. 5123-2 avant modification	Article L. 5123-2 après modification
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.	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.

Les médicaments faisant l'objet, dans une indication considérée, des autorisations d'accès précoce mentionnées 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 comme 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 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. 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 ni 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. 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 oeuvre 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.	Les médicaments faisant l'objet, dans une indication considérée, du dispositif d'accès direct ou des continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale, des autorisations d'accès précoce mentionnées 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 comme 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 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. 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 ni 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. 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 oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.
Article L. 5126-6 avant modification	Article L. 5126-6 après modification
Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 5126-1 : 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. 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	Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 5126-1 : 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. 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~~ bénéficient

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. 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. 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. 2° Pour des raisons de santé publique ou dans l'intérêt des patients, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales, définies à l'article L. 5137-1, que les pharmacies à usage intérieur sont autorisées à délivrer ; 3° Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un dispositif d'appui à la coordination ou à un dispositif spécifique régional mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6, des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées ; 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. Ces établissements peuvent également délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un dispositif d'appui à la coordination ou à un dispositif spécifique régional mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 des préparations hospitalières et des spécialités pharmaceutiques reconstituées ; 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 ; 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.	du dispositif d'accès direct ou des continuités de traitement prévus à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale ou 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. 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. 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. 2° Pour des raisons de santé publique ou dans l'intérêt des patients, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales, définies à l'article L. 5137-1, que les pharmacies à usage intérieur sont autorisées à délivrer ; 3° Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un dispositif d'appui à la coordination ou à un dispositif spécifique régional mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6, des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées ; 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. Ces établissements peuvent également délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un dispositif d'appui à la coordination ou à un dispositif spécifique régional mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 des préparations hospitalières et des spécialités pharmaceutiques reconstituées ; 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 ; 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.

Code de la sécurité sociale

Article L. 133-4 avant modification

Article L. 133-4 après modification

I.-A.-En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1, L. 162-22-3, L. 162-23-1, L. 162-62 et L. 165-1-5 ou des activités de télésurveillance médicale figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ; 2° Des frais de transports mentionnés aux articles L. 160-8 et L. 160-9-1, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement. En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque l'inobservation des règles constatée est constitutive d'une fraude du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, l'organisme d'assurance maladie recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des remboursements intervenus à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que les indus recouverts au titre du présent article. B.-Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce. II.-L'indu mentionné au A du I peut, lorsque l'inobservation de ces règles est révélée par l'analyse d'une partie de l'activité du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, être fixé forfaitairement, par extrapolation à tout ou partie de l'activité donnant lieu à prise en charge de l'assurance maladie, à l'issue d'une procédure contradictoire entre l'organisme d'assurance maladie chargé du recouvrement de l'indu et ce professionnel, ce distributeur ou cet établissement. Lorsque la somme fixée en application du premier alinéa du présent II recueille l'accord écrit du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, son montant est opposable aux deux parties. III.-Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. 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.	I.-A.-En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-18-1, L. 162-22-3, L. 162-23-1, L. 162-62 et L. 165-1-5 ou des activités de télésurveillance médicale figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ; 2° Des frais de transports mentionnés aux articles L. 160-8 et L. 160-9-1, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement. En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque l'inobservation des règles constatée est constitutive d'une fraude du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, l'organisme d'assurance maladie recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des remboursements intervenus à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que les indus recouverts au titre du présent article. B.-Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce. II.-L'indu mentionné au A du I peut, lorsque l'inobservation de ces règles est révélée par l'analyse d'une partie de l'activité du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, être fixé forfaitairement, par extrapolation à tout ou partie de l'activité donnant lieu à prise en charge de l'assurance maladie, à l'issue d'une procédure contradictoire entre l'organisme d'assurance maladie chargé du recouvrement de l'indu et ce professionnel, ce distributeur ou cet établissement. Lorsque la somme fixée en application du premier alinéa du présent II recueille l'accord écrit du professionnel, du distributeur ou de l'établissement, son montant est opposable aux deux parties. III.-Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. IV.-Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.	Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. IV.-Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.
Article L. 138-13 avant modification (version en vigueur 2026)	Article L. 138-13 après modification
Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise. Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 95 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution. 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	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'un accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 et de la prise en charge associée d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise. Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 95 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution. 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

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 économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11. Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1, minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6. Avant la date prévue au II de l'article L. 138-15, le Comité économique des produits de santé notifie à chaque entreprise le montant de la remise exonératoire dont elle est redevable.	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 économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11. Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1, minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6. Avant la date prévue au II de l'article L. 138-15, le Comité économique des produits de santé notifie à chaque entreprise le montant de la remise exonératoire dont elle est redevable.
Article L. 138-15 avant modification	Article L. 138-15 après modification
I. - Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer. Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1. L'organisme mentionné au premier alinéa du présent I informe sans délai les entreprises redevables concernées des différences signalées par le comité. Les entreprises concernées disposent alors d'un délai de quinze jours pour rectifier, le cas échéant, la déclaration qu'elles ont transmise. II. - Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable. III. - La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. IV. - Lorsque l'entreprise redevable méconnaît la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution	I. - Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dont elles relèvent la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé afin que celui-ci signale, le cas échéant, les rectifications des données à opérer. Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au premier alinéa du présent I les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-17-3. Dans ce même délai, le comité communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1. L'organisme mentionné au premier alinéa du présent I informe sans délai les entreprises redevables concernées des différences signalées par le comité. Les entreprises concernées disposent alors d'un délai de quinze jours pour rectifier, le cas échéant, la déclaration qu'elles ont transmise. II. - Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable. III. - La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. IV. - Lorsque l'entreprise redevable méconnaît la date de déclaration mentionnée au premier alinéa du I ou le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution

met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive. Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.	met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive. Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du dernier chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.
Article L. 162-16-4 avant modification	Article L. 162-16-4 après modification
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, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du 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, du prix ou du tarif du médicament, déduction faite des différentes remises ou taxes, fixé dans le cadre d'un achat national effectué dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou d'un achat conjoint effectué dans les conditions prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontalières graves pour la santé et abrogeant la décision n° 1082/2013/ UE, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Elle tient également compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur. Le cas échéant, s'ajoutent aux prix de vente au public des médicaments les honoraires de dispensation définis par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1, y compris ceux de ces honoraires pratiqués, dans des conditions et limites fixées par décret, lorsque les médicaments délivrés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ; 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du III de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;	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, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du 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, du prix ou du tarif du médicament, déduction faite des différentes remises ou taxes, fixé dans le cadre d'un achat national effectué dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou d'un achat conjoint effectué dans les conditions prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontalières graves pour la santé et abrogeant la décision n° 1082/2013/ UE, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Elle tient également compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur. Le cas échéant, s'ajoutent aux prix de vente au public des médicaments les honoraires de dispensation définis par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1, y compris ceux de ces honoraires pratiqués, dans des conditions et limites fixées par décret, lorsque les médicaments délivrés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ; 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du III de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;

3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ; 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ; 5° Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ; 6° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ; 7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. III. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix. IV. – Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4.	3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ; 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ; 5° Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ; 6° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays ~~européens présentant une taille totale de marché comparable~~ présentant des caractéristiques de marché comparables et dont la liste est fixée par décret ; 7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. III. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix. IV. – Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4.
Article L. 162-16-5-1 avant modification	Article L. 162-16-5-1 après modification
I. - Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4. II. - A. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié. B. - Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge : 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;	I. - Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article ~~L. 162-22-6~~ L. 162-22 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4. La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à douze mois à compter de la publication de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique pour les médicaments ayant obtenu un accès précoce délivré au titre du 1° du II de l'article L. 5121-12 du même code ou au titre de la réévaluation prévue au c) du 2° du II du même article. Au-delà, et tant que l'accès précoce est autorisé, l'exploitant fournit la spécialité à titre gracieux. Lorsque le médicament concerné a fait l'objet d'un avis de la commission de la Haute autorité de santé compétente au titre de sa mission d'évaluation économique rendu postérieurement à l'avis mentionné à l'alinéa précédent, la prise en charge est prolongée pour couvrir douze mois à compter de la publication de cet avis.

2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II ; 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur le marché ou de la demande d'inscription à ce titre sur l'une des listes mentionnées au même A. III. - Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de la spécialité pharmaceutique concernée, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. IV. - En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché. V. - Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'Etat.	II. - A. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié. B. - Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge : 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ; 2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II ; 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur le marché ou de la demande d'inscription ou de réévaluation d'inscription à ce titre sur l'une des listes mentionnées au même A.4° Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité répond aux conditions mentionnées au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et qu'il ne produit pas les données nécessaires dans les trente-six mois de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. 4° Lorsque les données contenues dans le plan de développement mentionné au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ne sont pas transmises. III. - Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription ou, le cas échéant à la réévaluation de la spécialité pharmaceutique concernée, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. IV. - En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché. V. - Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-5-1-1 avant modification	Article L. 162-16-5-1-1 après modification
I. - Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations. Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du	~~I. — Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations. L'exploitant d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L.5121-12 du code de la santé publique, faisant l'objet de la prise en charge par l'assurance maladie prévue à l'article L. 162-16-5-1, peut~~

chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

II. - A. - Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.

Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :

1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;

3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;

4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée ;

5° En cas de manquement à l'engagement d'approvisionnement mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations.

La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'Etat mentionné au premier alinéa du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.

III. - A. - Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.

Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée,

réclamer aux établissements de santé auxquels il fournit ce médicament une indemnité, pour une durée maximale de trois ans, dès lors que ce médicament ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. A compter de la quatrième année, l'exploitant fournit le médicament à titre gracieux.

Cette durée est limitée à douze mois à compter de la date à laquelle la commission mentionnée à l'article L.5123-3 du code de la santé publique a été en mesure d'actualiser son évaluation au vu des données transmises par l'exploitant en application du c) du 2° du II de l'article L.5121-12 du même code.

L'exploitant communique au préalable le montant maximal de l'indemnité qu'il entend réclamer au comité économique des produits de santé, qui en assure la publicité.

Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

Par dérogation à la durée maximale de trois ans mentionnée au premier alinéa, lorsqu'une spécialité qui avait obtenu une autorisation d'accès précoce au titre du 1° du II de l'article L.5121-12 du code de la santé publique se voit reconnaître une autorisation au titre du 2° du même II, la prise en charge de cette spécialité peut être prolongée de trois ans à compter de la nouvelle autorisation. Au terme de cette prolongation, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation fournit la spécialité à titre gracieux.

Lorsque la commission mentionnée à l'article L.5123-3 du code de la santé publique a été en mesure d'actualiser son évaluation au vu des données transmises par l'exploitant en application du c) du 2° du II de l'article L. 5121-12 du même code, l'exploitant ne peut demander l'indemnité mentionnée au premier alinéa au-delà d'une année à compter de la publication de l'avis. A partir du treizième mois, le laboratoire fournit la spécialité à titre gracieux.

II. ~~A.~~ Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.

Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A II, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :

1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur une des listes mentionnées

prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ; 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article et, le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge. Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1. B. - Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1er mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir : 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du même premier alinéa ; 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée. IV. - Pour l'application du III, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle. En outre, pour l'application du B du III, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de	~~aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;~~ ~~3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;~~ ~~4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée ;~~ ~~5° En cas de manquement à l'engagement d'approvisionnement mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations.~~ ~~La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'Etat mentionné au premier alinéa du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.~~ III. - A. - Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes. Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations : 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ; 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article et, le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge. Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1. B. - Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1er mai de l'année suivant l'année civile au cours de

l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé. V. - Pour l'application des III et IV du présent article dans le cas d'une prise en charge temporaire en application de l'article L. 162-16-5-1-2 faisant suite à une prise en charge en application du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est calculé et appliqué à la fin de la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2, en prenant en compte l'ensemble des périodes de prise en charge. VI. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir : 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du même premier alinéa ; 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée. IV. - Pour l'application du III, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle. En outre, pour l'application du B du III, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé. ~~V. - Pour l'application des III et IV du présent article dans le cas d'une prise en charge temporaire en application de l'article L. 162-16-5-1-2 faisant suite à une prise en charge en application du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est calculé et appliqué à la fin de la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2, en prenant en compte l'ensemble des périodes de prise en charge.~~ ~~VI. V.~~ - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-5-1-2 avant modification	Article L. 162-16-5-1-2 après modification
I. - Les spécialités dont la prise en charge au titre de l'autorisation d'accès précoce a pris fin pour le motif mentionné au A du II de l'article L. 162-16-5-1 peuvent, pour chaque indication thérapeutique considérée, lorsque les conditions mentionnées au II du présent article sont remplies, bénéficier du régime temporaire de prise en charge prévu au présent article. II. - Les spécialités mentionnées au I remplissent les conditions suivantes : 1° Etre classées dans une catégorie, définie par voie réglementaire, de médicaments réservés à un usage hospitalier ; 2° Ne pas être prises en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 dans les indications considérées ; 3° Avoir fait l'objet d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique qui :	~~I. - Les spécialités dont la prise en charge au titre de l'autorisation d'accès précoce a pris fin pour le motif mentionné au A du II de l'article L. 162-16-5-1 peuvent, pour chaque indication thérapeutique considérée, lorsque les conditions mentionnées au II du présent article sont remplies, bénéficier du régime temporaire de prise en charge prévu au présent article.~~ ~~II. - Les spécialités mentionnées au I remplissent les conditions suivantes :~~ ~~1° Etre classées dans une catégorie, définie par voie réglementaire, de médicaments réservés à un usage hospitalier ;~~ ~~2° Ne pas être prises en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 dans les indications considérées ;~~ ~~3° Avoir fait l'objet d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique qui :~~

a) Reconnaît à la spécialité, dans les indications considérées, un niveau de service médical rendu et une amélioration du service médical rendu au moins égaux à un niveau fixé par décret ; b) Estime que le plan de développement de la spécialité proposé par l'entreprise exploitante est de nature à fournir les données permettant d'actualiser son évaluation, atteste l'existence de ce plan de développement et fixe le délai dans lequel les données doivent être fournies par l'entreprise exploitante. III. - Durant la période temporaire mentionnée au I du présent article : 1° La prise en charge s'effectue sur la base du premier montant non nul déclaré de l'indemnité mentionnée au I de l'article L. 162-16-5-1-1. A cette indemnité est appliquée une décote fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui tient compte de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. L'arrêté détermine les éléments à prendre en compte pour la fixation de cette décote, notamment le délai fixé par la commission en application du b du 3° du II du présent article. Lorsque la spécialité fait l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ou d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications, la prise en charge s'effectue sur la base de ce prix ou du montant de cette prise en charge ; 2° Les obligations prévues au second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'appliquent aux spécialités mentionnées au présent article. IV. - A. - Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre du I du présent article, le titulaire de l'autorisation prévue au présent article est soumis au mécanisme de reversement ainsi qu'au mécanisme de remise supplémentaire prévus respectivement au A du II et au III de l'article L. 162-16-5-1-1. B. - Les taux des remises mentionnées au A du présent IV font l'objet de majorations, reconductibles le cas échéant chaque année : 1° A compter de la deuxième année de l'autorisation délivrée en application du présent article ; 2° En cas de dépassement du délai prévu dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ; 3° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif, sur la base du nouvel avis de la commission mentionnée au même article L. 5123-3, dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code. Les majorations mentionnées au présent B, qui sont reconductibles chaque année, sont fixées de sorte qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne puisse être soumise à reversement. V. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge temporaire mentionnée au I est accordée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur demande de l'entreprise assurant l'exploitation du médicament. VI. - Le recueil des données mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique se poursuit pendant la prise en charge temporaire prévue au présent article, à la	~~a) Reconnaît à la spécialité, dans les indications considérées, un niveau de service médical rendu et une amélioration du service médical rendu au moins égaux à un niveau fixé par décret ;~~ ~~b) Estime que le plan de développement de la spécialité proposé par l'entreprise exploitante est de nature à fournir les données permettant d'actualiser son évaluation, atteste l'existence de ce plan de développement et fixe le délai dans lequel les données doivent être fournies par l'entreprise exploitante.~~ ~~III. — Durant la période temporaire mentionnée au I du présent article :~~ ~~1° La prise en charge s'effectue sur la base du premier montant non nul déclaré de l'indemnité mentionnée au I de l'article L. 162-16-5-1-1.~~ ~~A cette indemnité est appliquée une décote fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui tient compte de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. L'arrêté détermine les éléments à prendre en compte pour la fixation de cette décote, notamment le délai fixé par la commission en application du b du 3° du II du présent article.~~ ~~Lorsque la spécialité fait l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ou d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications, la prise en charge s'effectue sur la base de ce prix ou du montant de cette prise en charge ;~~ ~~2° Les obligations prévues au second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'appliquent aux spécialités mentionnées au présent article.~~ ~~IV. — A. — Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre du I du présent article, le titulaire de l'autorisation prévue au présent article est soumis au mécanisme de reversement ainsi qu'au mécanisme de remise supplémentaire prévus respectivement au A du II et au III de l'article L. 162-16-5-1-1.~~ ~~B. — Les taux des remises mentionnées au A du présent IV font l'objet de majorations, reconductibles le cas échéant chaque année :~~ ~~1° A compter de la deuxième année de l'autorisation délivrée en application du présent article ;~~ ~~2° En cas de dépassement du délai prévu dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ;~~ ~~3° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif, sur la base du nouvel avis de la commission mentionnée au même article L. 5123-3, dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code.~~ ~~Les majorations mentionnées au présent B, qui sont reconductibles chaque année, sont fixées de sorte qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne puisse être soumise à reversement.~~ ~~V. — Pour chaque indication considérée, la prise en charge temporaire mentionnée au I est accordée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur demande de l'entreprise assurant l'exploitation du médicament.~~ ~~VI. — Le recueil des données mentionné au IV de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique se poursuit pendant la prise en charge temporaire prévue au présent article, à la~~

charge de l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité. VII. - Pour chaque indication considérée, il est mis fin à la prise en charge mentionnée au I du présent article : 1° Lors de l'inscription de la spécialité sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ; 2° Par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au vu d'un nouvel avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ne permettant pas une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ; 3° En cas de retrait de l'autorisation de mise sur le marché, de radiation de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou d'absence ou de retrait de demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ; 4° Au delà d'une durée fixée par décret, qui ne peut être supérieure à trois ans. VIII. - Le IV de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux spécialités prises en charge au titre du présent article. IX. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.	~~charge de l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité.~~ ~~VII. - Pour chaque indication considérée, il est mis fin à la prise en charge mentionnée au I du présent article :~~ ~~1° Lors de l'inscription de la spécialité sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;~~ ~~2° Par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au vu d'un nouvel avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ne permettant pas une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;~~ ~~3° En cas de retrait de l'autorisation de mise sur le marché, de radiation de la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou d'absence ou de retrait de demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;~~ ~~4° Au delà d'une durée fixée par décret, qui ne peut être supérieure à trois ans.~~ ~~VIII. - Le IV de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux spécialités prises en charge au titre du présent article.~~ ~~IX. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.~~ I. – A. – L'accès direct permet, pour des motifs de santé publique et en anticipation d'une inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L.162-17 du présent code et au premier alinéa de l'article L.5123-2 du code de la santé publique, de faire bénéficier les patients, dans les conditions prévues au présent article, de spécialités disposant, dans une ou plusieurs indications particulières, d'une autorisation de mise sur le marché et justifiant d'un niveau de service médical rendu et d'amélioration du service médical rendu au moins égaux à un niveau fixé par décret, à l'exception de celles qui bénéficieraient de l'accès précoce défini à l'article L.5121-12 du code de la santé publique. L'accès direct est accordé pour chaque indication considérée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une durée ne pouvant excéder trois ans. B. – L'accès direct fait l'objet d'une demande déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sur la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées. Pour être recevable, la demande doit comporter : 1° Un engagement de l'exploitant d'assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national, de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre Ier quater du présent titre ; 2° Un engagement de l'exploitant d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la période de l'accès direct définie par l'arrêté prévu au I et pendant une durée minimale de douze mois supplémentaires au terme de cette période, sauf si la spécialité, dans cette indication, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons relatives à la sécurité des patients ; 3° Un engagement de l'exploitant de fournir à titre gracieux la spécialité après les douze mois de prise en charge par l'assurance maladie et pour tout le reste de la

	période prévue par l'arrêté, ainsi que pour les douze mois supplémentaires nécessaires pour assurer la continuité des traitements initiés. II. – Les spécialités pharmaceutiques bénéficiant, pour des indications particulières, d'un accès direct font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie pendant douze mois à compter de la publication au Journal officiel de l'arrêté mentionné au A du I dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées. La décision d'accorder l'accès direct à une spécialité peut être assortie, si cela est prévu, pour des exigences de qualité et de sécurité des soins, dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, de conditions relatives à la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et la mise en place d'un dispositif de suivi des patients traités. Elle peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. Le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : « Prescription au titre de l'accès direct » et informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite. III. – Pour la mise à disposition d'une spécialité en accès direct dans les douze premiers mois à compter de l'arrêté mentionné au I, l'exploitant peut réclamer aux établissements de santé une indemnité, dès lors que cette spécialité ne fait l'objet ni d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, ni d'une prise en charge au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 162-22-7 du même code dans au moins l'une de ses indications. A compter du treizième mois, l'exploitant fournit la spécialité bénéficiant de l'accès direct à titre gracieux. L'exploitant déclare le montant de l'indemnité maximale qu'il entend réclamer au comité économique des produits de santé, qui en assure la publicité. Avant le 15 février de chaque année, l'exploitant de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, dans le cadre du dispositif d'accès direct et dans chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. IV. – Lorsque la spécialité fait l'objet d'un avis de la commission de la Haute autorité de santé compétente au titre de sa mission d'évaluation économique rendu postérieurement à l'arrêté mentionné au I et au II, la période de prise en charge est prolongée pour couvrir douze mois à compter de la publication de cet avis. V. – Pour chaque indication d'une spécialité à laquelle est accordé un accès direct, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées. 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.

	VI. – Dans chaque indication considérée, l'accès direct prend fin au plus tard trois ans à compter de la publication de l'arrêté mentionné au I. Il prend fin avant l'expiration de ce délai dans les cas suivants : 1° Lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ; 2° Sur demande de l'exploitant ; 3° En cas de refus d'inscription ou de retrait de la demande d'inscription de la spécialité, dans l'indication considérée, sur l'une des listes mentionnées au A du I ; 4° En cas de manquement à l'un des engagements mentionnés au B du I. Sauf dans le cas prévu au 1°, il est mis fin à l'accès direct par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. VII. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du dispositif d'accès direct est inscrite au remboursement pour l'indication donnée, au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes. Le comité économique des produits de santé calcule, après que l'entreprise exploitant cette spécialité a été mise à même de présenter ses observations : 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre du dispositif d'accès direct, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ; 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de l'indication concernée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge. Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, l'exploitant verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, est restituée au laboratoire la différence entre ces deux montants dans la limite de la remise versée au titre du V du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge. B. – Pour chaque indication considérée, la remise est versée en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement pour l'indication considérée a eu lieu. VIII. – Les dispositions du VII sont applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, l'accès direct prend fin ou lorsqu'il y est mis fin sans que soit accordée une prise en charge par l'assurance maladie pour cette indication. Dans ce cas, le comité économique des produits de santé retient un prix de référence en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux

	articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale. En outre, pour l'application du B du VII, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé. IX. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à l'accès direct : 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique concernée est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale 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 ; 2° Dans le cas contraire, les dernières conditions de dispensation sont maintenues. L'exploitant fournit la spécialité pour les continuités de traitement à titre gracieux. En cas de manquement de l'exploitant à l'un des engagements pris au titre du B du I, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière mise à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I au cours des deux ans précédant la constatation du manquement. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. X. – Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-5-2 avant modification	Article L. 162-16-5-2 après modification
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. 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. 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 : 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant 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	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. 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. 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 : 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant 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 ; 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. 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 titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de 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. 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. Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles, 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 : 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 ; 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. 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. C. - Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. 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 l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité : 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 ;	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 ; 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. 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 titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de 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. 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. Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles, 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 : 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 ; 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. 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. C. - Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. 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 l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité : 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 ;

2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi. 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. 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. V. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie aux I ou VI cesse lorsque : 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 ; 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 ; 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté : 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 ; 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. 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 du V : 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 ; 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	2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi. 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. 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. V. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie aux I ou VI cesse lorsque : 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 ; 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 ; 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté : 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 ; 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. 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 prend fin ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause, sous réserve du V : ~~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~~ Pour une durée de douze mois, pour le traitement d'un patient donné, éligible à l'indication mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché dont bénéficie une spécialité qui n'est pas inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V ;

l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code. 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. VIII. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	2° Pour une durée de vingt-quatre mois pour le traitement 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. 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. VIII. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-5-3 avant modification	Article L. 162-16-5-3 après modification
La prescription d'une spécialité faisant l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou bénéficiant d'une prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I bis de l'article L. 162-16-5-4 pour au moins l'une de ses indications ou bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou de ce cadre de prescription compassionnelle ou de cette continuité de traitement est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret. Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.	La prescription d'une spécialité ~~faisant l'objet~~ bénéficiaire du dispositif d'accès direct mentionné à l'article L. 162-16-5-1-2, de la prise en charge correspondante ainsi que des continuités de traitement, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou bénéficiant d'une prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I bis de l'article L. 162-16-5-4 pour au moins l'une de ses indications ou bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou de ce cadre de prescription compassionnelle ou de cette continuité de traitement est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret. Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.
Article L. 162-16-5-4 avant modification	Article L. 162-16-5-4 après modification
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 : 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ; 2° Et pendant une période supplémentaire, qui ne peut être inférieure à une durée minimale, fixée par décret dans la limite d'une année, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article. 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.	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 : 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ; 2° Et pendant une période supplémentaire, qui ne peut être inférieure à une durée minimale, fixée par décret dans la limite d'une année, à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article. 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.

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 : 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 ; 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 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. 162-16-5-1-1 s'applique. 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. 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 du présent code 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 du traitement mentionnée au 2° du I du présent article. Pendant cette période et dès lors que les conditions de prise en charge au titre de l'accès précoce ne sont plus maintenues, l'exploitant permet l'achat de la spécialité à un tarif qui n'excède pas le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1-1, le cas échéant au moyen de remises. II.-En cas de manquement aux dispositions du I, 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 même I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	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 : 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 ; 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 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. 162-16-5-1-1 s'applique~~ Dans le cas contraire, les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues au titre de l'accès précoce sont maintenues pendant la période de continuité du traitement mentionnée au 2° du I du présent article. Pendant cette période l'exploitant fournit la spécialité à titre gracieux. ~~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.~~ ~~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 du présent code 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 du traitement mentionnée au 2° du I du présent article. Pendant cette période et dès lors que les conditions de prise en charge au titre de l'accès précoce ne sont plus maintenues, l'exploitant permet l'achat de la spécialité à un tarif qui n'excède pas le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1-1, le cas échéant au moyen de remises.~~ II.-En cas de manquement aux dispositions du I, 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 même I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

	Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-16-5-4-1 avant modification	Article L. 162-16-5-4-1 après modification
Pour l'application des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-4 du présent code et de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, en cas d'acquisition des spécialités pharmaceutiques concernées par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur une période donnée correspond au montant obtenu par la multiplication du prix auquel l'agence a acheté la spécialité par le nombre d'unités de la spécialité administrées ou dispensées par les établissements pendant la période concernée.	Pour l'application des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2 , L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-4 du présent code et de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, en cas d'acquisition des spécialités pharmaceutiques concernées par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur une période donnée correspond au montant obtenu par la multiplication du prix auquel l'agence a acheté la spécialité par le nombre d'unités de la spécialité administrées ou dispensées par les établissements pendant la période concernée.
Article L. 162-17-1-2 avant modification	Article L. 162-17-1-2 après modification
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 ainsi que la prise en charge au titre de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 d'actes dont la pratique fait l'objet d'un encadrement spécifique en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique peuvent être subordonnées au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles l'acte, 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 actes, les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions. 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. 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.	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. 162-16-5-1-2 , L. 162-17-2-1, L. 162-18-1 ou L. 165-1-5 du présent code ainsi que la prise en charge au titre de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 d'actes dont la pratique fait l'objet d'un encadrement spécifique en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique peuvent être subordonnées au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles l'acte, 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 actes, les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions. 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. 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.
Article L. 162-17-4 avant modification	Article L. 162-17-4 après modification
En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises	En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises

concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment : 1° (Abrogé) 2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1-1 ; 3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ; 4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ; 4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments. 5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°. L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament. Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa. Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.	concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment : 1° (Abrogé) 2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 ~~et~~ L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-1-2 ; 3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ; 4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ; 4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments. 5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°. L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament. Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa. Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.	En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-18 avant modification	Article L. 162-18 après modification
I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.	I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.

Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier. III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou ayant bénéficié de ces dispositifs puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant des articles L. 162-16-5-1-2 et L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au delà de ladite période. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.	Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier. III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, de la prise en charge au titre de l'accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 et de la prise en charge correspondante ou d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou ayant bénéficié de ces dispositifs ~~puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2~~ n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant des articles L. 162-16-5-1-2 et L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou cette décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au delà de ladite période. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.
Article L. 162-18-1 avant modification	Article L. 162-18-1 après modification
I.-L'entreprise assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles de toute spécialité pharmaceutique : 1° Inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ; 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	I.-L'entreprise assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles de toute spécialité pharmaceutique : 1° Inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ; 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 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit d'une autorisation d'accès précoce en application de l'article L. 5121-12 du même code ;

3° Et ne disposant, pour cette indication 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 de l'article L. 5121-12-1 du même code, 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.

II.-A.-Sur demande des entreprises mentionnées au I du présent article 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 et dispensées en association aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22 ou les hôpitaux des armées dans une indication pour lesquelles sont remplies les conditions mentionnées aux 2° et 3° du I du présent article.

La prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent A est subordonnée à la transmission, lors de la facturation, de l'information qu'il s'agit d'une utilisation effectuée dans le cadre ainsi défini.

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. 133-4.

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 pas obtenu, au titre des indications en association mentionnées au A du présent II, 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 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 aux hôpitaux des armées au titre des indications en association mentionnées au A du présent II pour les spécialités et la période considérées.

Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif, par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les remises conventionnelles dues, le cas échéant, en application 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 au deuxième alinéa du présent B.

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

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 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit d'une autorisation d'accès précoce en application de l'article L. 5121-12 du même code **soit d'un accès direct en application de l'article L. 162-16-5-1-2 ;**

3° Et ne disposant, pour cette indication ou ces indications en association, ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni **d'un accès direct**, 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 de l'article L. 5121-12-1 du même code,

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.

II.-A.-Sur demande des entreprises mentionnées au I du présent article 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 et dispensées en association aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22 ou les hôpitaux des armées dans une indication pour lesquelles sont remplies les conditions mentionnées aux 2° et 3° du I du présent article.

La prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent A est subordonnée à la transmission, lors de la facturation, de l'information qu'il s'agit d'une utilisation effectuée dans le cadre ainsi défini.

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. 133-4.

B.-L'utilisation et la prise en charge mentionnées au A du présent II sont subordonnées **au versement de remises par les entreprises mentionnées au I, tant que les entreprises mentionnées au I tant que celles-ci** n'ont pas obtenu, au titre des indications en association mentionnées au A du présent II, 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 de l'article L. 5121-12 du même code, ~~ou versement de remises par ces entreprises~~ **ou un accès direct en application de l'article L.162-16-5-1-2.** 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 aux hôpitaux des armées au titre des indications en association mentionnées au A du présent II pour les spécialités et la période considérées.

Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif, par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les remises conventionnelles dues, le cas échéant, en application 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 au deuxième alinéa du présent B.

pour la spécialité considérée par la part de son utilisation dans les indications mentionnées au même A.	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.
Article L. 162-18-3 avant modification	Article L. 162-18-3 après modification
Lorsqu'une entreprise méconnaît la date d'échéance d'une déclaration ou d'une information prévue au I de l'article L. 162-16-5-1-1, au C du III de l'article L. 162-16-5-2, au I de l'article L. 162-18-1 ou au dernier alinéa de l'article L. 162-18-2 du présent code ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ou par une convention signée en application du I de l'article L. 162-18 du présent code, les remises dues par cette entreprise, en application des mêmes articles, au titre des spécialités et de la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut sont majorées de 2 % par semaine de retard. Un décret détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires, correspondant aux spécialités et à la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut, ne soit pas soumise à un reversement.	Lorsqu'une entreprise méconnaît la date d'échéance d'une déclaration ou d'une information prévue au I de l'article L. 162-16-5-1-1, au III de l'article L. 162-16-5-1-2, au C du III de l'article L. 162-16-5-2, au I de l'article L. 162-18-1 ou au dernier alinéa de l'article L. 162-18-2 du présent ~~code ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022~~ ou par une convention signée en application du I de l'article L. 162-18 du présent code, les remises dues par cette entreprise, en application des mêmes articles, au titre des spécialités et de la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut sont majorées de 2 % par semaine de retard. Un décret détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires, correspondant aux spécialités et à la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut, ne soit pas soumise à un reversement.
Article L. 162-23-6-1 avant modification	Article L. 162-23-6-1 après modification
Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22, sans préjudice des autres dispositions applicables.	Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22, sans préjudice des autres dispositions applicables.
Article L. 165-2 avant modification	Article L. 165-2 après modification
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 l'exploitant ou le distributeur au détail 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. 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 exploitants ou distributeurs au détail des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces exploitants ou distributeurs au détail 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. 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-	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 l'exploitant ou le distributeur au détail 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. 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 exploitants ou distributeurs au détail des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces exploitants ou distributeurs au détail 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. 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. Elle ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance, lorsqu'elles existent.

II.-Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ;

4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;

6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code ;

9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge.

Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables.

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. Elle ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance, lorsqu'elles existent.

II.-Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ;

4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres ~~pays européens présentant une taille totale de marché comparable~~ **pays présentant des caractéristiques de marché comparables** et dont la liste est fixée par décret ;

6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code ;

9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge.

Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables.

III.-La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. IV.-Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. V.-Par dérogation aux I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	III.-La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. IV.-Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. V.-Par dérogation aux I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Article L. 245-1 avant modification	Article L. 245-1 après modification
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, 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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.	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, de spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou de spécialités prises en charge au titre des ~~articles L. 162-16-5-1~~ L. 162-16-5-1-2 du présent ~~code ou au titre de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de~~ code ou au titre de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de ~~financement de la sécurité sociale pour 2022.~~
Article L. 245-2 avant modification	Article L. 245-2 après modification
I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre : 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 titre de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; 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° ; 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	I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre : 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 des ~~articles L. 162-16-5-1~~ L. 162-16-5-1-2 du présent ~~code ou~~ au titre de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de ~~financement de la sécurité sociale pour 2022 ;~~ 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° ; 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 et qui n'est pas prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée ;

4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée 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.

II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I :

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 ;

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 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 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 ;

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

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 et qui n'est pas prise en charge au titre des ~~articles L. 162-16-5-1~~ **ou L. 162-16-5-1-2** du présent code ~~ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée ;~~

4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

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 des ~~articles L. 162-16-5-1~~ **ou L. 162-16-5-1-2** du présent code ~~ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée~~ 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.

II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I :

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 ;

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 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 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 ;

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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée, à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros. 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. 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 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée. Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :		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 des ~~#~~articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-2 du présent ~~code ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée~~, à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros. 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. 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 des ~~#~~articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-2 du présent code ~~ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée~~. Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :	
PART DE L'ASSIETTE	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)	PART DE L'ASSIETTE	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 4° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes		correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 4° du I après déduction, le cas 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 % ≤ R < 12 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 °) (1) 29	6,5 % ≤ R < 12 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 °) (1) 29
12 % ≤ R < 14 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 °) (1) 36	12 % ≤ R < 14 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 °) (1) 36
R ≥ 14 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 °) (1) 39	R ≥ 14 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 °) (1) 39
Article L. 315-2 avant modification		Article L. 315-2 après modification	

I.-Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge. II.- A. - Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants : -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. Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus. Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres. Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise, à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. B. - Pour l'application du présent II : 1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein,	I.-Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge. II.- A. - Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants : -sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ; -sa 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. Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus. Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres. Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise, à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. B. - Pour l'application du présent II : 1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de

l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ; 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. 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 service du contrôle médical estime, à l'issue de l'examen d'un assuré, qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, l'intéressé en est directement informé. Sauf si le service du contrôle médical en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre Ier. IV.-Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.	santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ; 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. 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 service du contrôle médical estime, à l'issue de l'examen d'un assuré, qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, l'intéressé en est directement informé. Sauf si le service du contrôle médical en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre Ier. IV.-Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.

Code général des impôts	
Article L. 281 octies avant modification	Article L. 281 octies après modification
La taxe sur la valeur ajoutée est perçue au taux de 2,10 % pour les livraisons portant sur les préparations magistrales, médicaments officinaux, médicaments ou produits pharmaceutiques définis à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, qui remplissent les conditions de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou qui sont agréés dans les conditions prévues par les articles L. 5123-2 et L. 5123-3 du code de la santé publique ainsi que, lorsqu'ils sont préparés à partir du sang ou de ses composants, les produits sanguins labiles destinés à des fins de recherche sur la personne humaine et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. Le taux de 2,10 % s'applique également aux livraisons portant sur les médicaments soumis à une autorisation ou un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique.	La taxe sur la valeur ajoutée est perçue au taux de 2,10 % pour les livraisons portant sur les préparations magistrales, médicaments officinaux, médicaments ou produits pharmaceutiques définis à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, qui remplissent les conditions de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou qui sont agréés dans les conditions prévues par les articles L. 5123-2 et L. 5123-3 du code de la santé publique ainsi que, lorsqu'ils sont préparés à partir du sang ou de ses composants, les produits sanguins labiles destinés à des fins de recherche sur la personne humaine et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. Le taux de 2,10 % s'applique également aux livraisons portant sur les médicaments soumis à une autorisation ou un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique ainsi que ceux bénéficiant de l'accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale.

Article 35 – Expérimenter le référencement de certains médicaments thérapeutiquement équivalents

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les spécialités pharmaceutiques dont le brevet est échu et pour lesquelles des génériques ou des biosimilaires et hybrides substituables sont arrivés sur le marché font l'objet d'une régulation spécifique en reposant sur plusieurs leviers dont :

1. une action tarifaire spécifique via l'action du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS),
2. une incitation à la prescription (mise en place de ROSP auprès des médecins),
3. la possibilité de substituer par le pharmacien,
4. ou encore la mise en œuvre du tiers-payant ainsi que du taux de remboursement ajusté (TRA).

Tous ces différents leviers ont été et continuent d'être une source importante d'économies sur les dépenses de médicament en permettant une moindre dépense pour un service médical rendu identique.

Cependant le contexte national et international a beaucoup évolué, notamment pour les spécialités génériques. D'une part, le secteur souligne régulièrement la moindre rentabilité par rapport à d'autres médicaments conduisant à des arrêts de production limitant ainsi le nombre de sites de production au niveau mondial (enjeu de souveraineté sanitaire et d'approvisionnement du marché français). D'autre part, la politique actuelle d'accès au remboursement ne permet pas d'orienter efficacement le marché vers des spécialités apportant un service médical identique mais permettant de réduire l'impact environnemental.

Depuis plusieurs années, il existe des tensions d'approvisionnement et des pénuries de médicament. La politique d'accès au remboursement doit ainsi permettre d'augmenter l'attractivité du marché français afin de garantir l'approvisionnement de médicaments tout en garantissant une soutenabilité des finances publiques dans un contexte budgétaire très contraint. S'agissant de la souveraineté sanitaire ainsi que de la valorisation du lieu du site de production, un critère de tarification a été précédemment introduit dans les critères permettant de déterminer le prix fixé par le CEPS (art 65). Pour autant, d'autres leviers pourraient être plus efficaces pour lutter contre les pénuries ainsi que pour valoriser l'empreinte industrielle sans mobiliser le prix (qui emporte des conséquences sur la dynamique des dépenses de santé), mais plutôt au travers d'une garantie d'accès au marché et d'une prévisibilité du système d'accès au remboursement.

La réduction de l'empreinte environnementale de notre système de santé est une priorité croissante. Une méthodologie harmonisée simplifiée de calcul de l'impact carbone des médicaments a notamment été développée par les différentes administrations en 2024, en concertation avec les différents acteurs concernés, pour avoir une première mesure de l'impact carbone des médicaments eu égard à leur chaîne de production. Il serait pertinent d'utiliser cette méthodologie pour favoriser la pénétration du marché par des spécialités au service médical identique mais ayant été produites dans des conditions plus respectueuses de l'environnement. Une telle mesure permettrait d'immédiatement réduire l'impact environnemental du système de santé tout en donnant aux industriels un véritable signal les incitant à décarboner leurs chaînes de production.

b) Mesure proposée

La présente mesure vise, via une expérimentation d'une durée maximale de cinq ans, à mettre en place une procédure de référencement nationale par le CEPS de quelques médicaments génériques, hybrides ou biosimilaires substituables sur une période d'un à deux ans.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront proposer au CEPS plusieurs groupes génériques, hybrides ou biosimilaires substituables, ou des groupes de médicaments comparables, pour ensuite procéder à une procédure de référencement auprès des laboratoires exploitants. Ce référencement sera multi-attributaire (permettant ainsi de garder sur le marché français plusieurs laboratoires) et valorisera la proposition tarifaire ainsi que la sécurité d'approvisionnement au travers de la chaîne d'approvisionnement. Au-delà de ces critères, le référencement pourra également prendre en compte l'impact environnemental des médicaments. Afin d'assurer l'approvisionnement national à partir de différentes chaînes de production, plusieurs laboratoires de production seront retenus pour améliorer la résilience du dispositif en cas de pénurie. De plus, pour renforcer la sécurité d'approvisionnement, les entreprises retenues seront rendues responsables de leurs obligations avec des sanctions prévues en cas de manquement, notamment des pénalités financières ou une exclusion du dispositif.

Cette mesure pourrait générer des économies sur les prix des médicaments concernés compte tenu de la valeur pour les laboratoires sélectionnés de disposer d'un référencement sur une période longue (d'environ un an et jusqu'à deux ans au maximum), permettant ainsi d'assurer une prévisibilité forte et un accès au marché valorisable pour les industriels. Ainsi cette expérimentation pourra de façon effective générer des économies tout en valorisant d'autres objectifs à forte valeur ajoutée pour le système de santé tels que la souveraineté sanitaire, la garantie d'approvisionnement, et les impacts environnementaux.

Cette expérimentation concernera prioritairement des médicaments substituables (génériques, hybrides, biosimilaires) sur le champ de la ville, mais la Haute autorité de santé pourrait être saisie par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale afin de définir des groupes jugés thérapeutiquement équivalents hors médicaments génériques et biosimilaires (il pourrait s'agir par exemple des statines, des inhibiteurs de pompes à protons ...). L'identification des médicaments concernés par cette expérimentation se fera en association étroite avec les agences et autorités sanitaires (ANSM, HAS) et l'assurance maladie.

Le choix de périodes d'octroi de référencement relativement longues permettra de valoriser auprès des acteurs la stabilité et la visibilité qu'elles leur donnent.

Certains pays, notamment du nord de l'Europe (Pays-Bas, Norvège, Suède¹), disposent de tels systèmes de référencement. Cette expérimentation permettra d'évaluer concrètement la pertinence de ce mécanisme en France. Les conséquences de cette expérimentation sur les dépenses publiques, l'attractivité du territoire, la réduction des pénuries, l'impact carbone, ainsi que sur tout le circuit de distribution, seront évaluées avant une éventuelle généralisation.

c) Autres options possibles

- Différencier la base de remboursement selon les spécialités

Une orientation du marché par le levier tarifaire pourrait être envisagée.

Cependant, un haut niveau de différenciation tarifaire serait nécessaire afin d'avoir un impact. En effet, les génériqueurs sont en mesure de pratiquer un haut niveau de remise commerciale (supérieur à 25% en moyenne) à même d'annuler le bonus tarifaire accordé à un produit.

De plus, si cette mesure s'avérait efficace et permettait d'orienter efficacement le marché vers un produit, elle conduirait à une augmentation tarifaire de l'ensemble des génériques difficilement soutenable pour l'assurance maladie.

Si la différenciation tarifaire était faite sous la forme de malus, celle-ci conduirait au départ de certains industriels de façon non maîtrisée et difficilement réversible, avec à court terme un risque de pénurie selon la capacité des industriels restant à couvrir le marché et à long terme un risque de création de monopole.

Enfin, cette mesure vise à influencer la répartition des parts de marché mais ne permet pas de réellement piloter l'offre disponible sur le marché en accordant aux industriels des garanties de volume de vente associées à des engagements de couverture du marché ou de faire basculer le marché vers des alternatives produites localement et avec un impact écologique moindre.

- Radier les produits présentant des caractéristiques insuffisantes

Une radiation des génériques, des biosimilaires ou des hybrides substituables présentant des caractéristiques insuffisantes en termes d'impact environnemental ou de souveraineté industrielle pourrait être proposée.

Cette option conduirait à une réduction drastique de l'offre, avec un risque de création de monopole, sans inciter les industriels encore présents à améliorer leurs pratiques.

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

La place de cette mesure en LFSS est ainsi justifiée par son effet sur les dépenses de l'année et à venir des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement (cf. 1^o de l'article LO. 111-3-8 CSS).

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

La mise en œuvre de cette mesure se fera dans le respect des dispositions prévues par la directive transparence.

¹ Cette mesure a été mise en place en Suède depuis 2014 et permet au système de santé suédois de bénéficier de prix 45% inférieurs aux prix français (p23/48 https://www.tlv.se/download/18.9e9341817f9775950bd276/1647586496454/international_price_comparison_2021_107-2022.pdf)

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Oui.

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

a) Possibilité de codification

La mesure expérimentale ne nécessite pas de codification.

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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Les dépenses de médicaments génériques et biosimilaires en ville représentent 5,24 Md€ en 2024¹ (sans compter les référents des groupes).

En supposant que les groupes génériques et biosimilaires retenus pour l'expérimentation représentent au bout de 2 ans d'expérimentation 2 à 3% du marché total, et qu'une réduction des prix de 10% est obtenue, cette expérimentation permettrait une économie annuelle d'au moins $5,24 \text{ Md€} \times 2,5\% \times 10\% = 13 \text{ M€}$ par an.

Compte tenu des délais de mise en œuvre de la mesure, il est supposé que les premières économies seront générées au quatrième trimestre 2026 avec une montée en charge progressive en 2027 et un impact total à partir de 2028.

Ce chiffrage ne prend pas en compte les dépenses au titre des princes et référents.

¹ Source : Medic'AM (SNDS).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
ROBSS					
- Maladie	0	+1,5M	+6,5M	+13M	+13M
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Cette mesure est susceptible de favoriser l'emploi en France et dans l'Union Européenne grâce à la prise en compte de certains critères de souveraineté sanitaire.

b) impacts sociaux

Cette mesure permet une prise en compte facultative des objectifs de développement durable dans leurs dimensions économique et sociale dans le choix des médicaments pris en charge.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure permet une prise en compte obligatoire de l'impact environnemental dans le choix des médicaments pris en charge, et ainsi une réduction de l'impact écologique du système de santé.

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

Sans objet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Décret en conseil d'Etat permettant de déroger à différentes dispositions réglementaires, relatives notamment aux procédures d'inscription, de radiation, de fixation des prix et de stock minimum, et d'établir les modalités de prise de sanctions financières.
- Décret simple pour préciser les modalités de mise en œuvre, notamment la procédure et le calendrier du référencement et les différents critères utilisables.
- Chacune des procédures de référencement nécessitera par ailleurs la publication d'arrêtés.

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 de cette mesure nécessite des textes d'application et notamment d'un décret en conseil d'Etat et d'un décret simple.

Il est par ailleurs souhaitable de maintenir un délai de plusieurs mois entre l'attribution du référencement et son entrée en vigueur afin de permettre aux acteurs d'anticiper l'approvisionnement et la logistique.

La mise en œuvre de cette expérimentation ne nécessite pas de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Une évaluation est prévue au terme de l'expérimentation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Disposition non codifiée

I. – A titre expérimental et pour une durée maximale de cinq ans, il est instauré une procédure de référencement applicable à certaines spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie.

L'inscription sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale peut ainsi être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement ayant pour objet de sélectionner des médicaments au sein :

1° D'un groupe générique défini au b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

2° D'un groupe hybride défini au d du même 5° parmi les médicaments biologiques similaires substituables ;

3° D'un groupe biologique similaire défini au b du 15° du même article ;

4° D'un groupe de médicaments substituables défini par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale après avis de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

Les groupes soumis à cette procédure sont déterminés en tenant compte notamment des volumes, de la dépense remboursée, de l'évolution de ces derniers, de leur impact environnemental, du nombre d'acteurs présents et des éventuels antécédents ou prévision risques de tension ou de rupture d'approvisionnement.

La sélection des médicaments référencés est effectuée en fonction des garanties d'approvisionnement apportées par les entreprises concernées, au regard notamment de la diversité et de la sécurité des sources d'approvisionnement, ainsi que des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficacité des dépenses d'assurance maladie. Elle peut également tenir compte de l'impact environnemental des spécialités ainsi que des objectifs de développement durable dans leur dimension économique et sociale. Les modalités d'évaluation de ces critères sont définies par décret.

La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions relatives à la fixation et la révision du prix des médicaments remboursables et aux remises figurant respectivement aux articles L. 162-16 4, L. 162-16- 5 et L. 162-18 du code de la sécurité sociale. La procédure de référencement donne lieu à la sélection de plusieurs médicaments par groupes et les lots peuvent notamment être définis par zones géographiques ou par volumes.

Le Comité économique des produits de santé est chargé de la gestion et de la mise en œuvre, pour ce qui le concerne, de la procédure de référencement dans des conditions fixées par décret.

II. – Afin d'initier la procédure de référencement, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale saisissent le Comité économique des produits de santé en précisant les éléments devant être pris en compte dans le référencement, éventuellement associés aux pondérations minimales et maximales, la durée maximale du référencement, le nombre de lots avec leurs tailles respectives et la date d'entrée en vigueur.

Dans le cadre de la procédure de sélection des médicaments consécutive à la saisine, le Comité économique des produits de santé indique les critères retenus, leurs modes d'évaluation, leurs pondérations respectives, la durée du référencement, le nombre de lots et les prix minimum et maximum. Il précise que les médicaments sélectionnés sont référencés pour une période maximale définie par décret et ne pouvant excéder deux ans, le cas échéant prorogeable dans les conditions prévues par le même décret. Ces divers éléments sont mentionnés dans un avis rendu public comportant le calendrier général applicable à la procédure de référencement, l'information selon laquelle pendant cette même période les médicaments comparables qui ne sont pas sélectionnés sont exclus temporairement de la prise en charge et les modalités selon lesquelles les entreprises intéressées peuvent faire valoir leurs observations auprès du comité.

En vue du référencement de leurs médicaments, les laboratoires attributaires concluent avec le comité des conventions fixant les conditions tarifaires applicables et les engagements du laboratoire, notamment en termes de couverture du marché. La mise en œuvre d'une procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un médicament remboursable par l'assurance maladie, une entreprise en situation de monopole.

Les résultats de la procédure de référencement sont rendus publics par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précisant notamment la durée du référencement, la liste des médicaments référencés et lots associés, et ceux des médicaments dont l'inscription sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est modifiée par voie de conséquence ainsi que les conditions tarifaires applicables.

III. – Le référencement peut être soumis à un engagement des entreprises exploitant le médicament concerné ou des entreprises assurant son importation ou sa distribution parallèle à fournir des quantités minimales sur le marché français et à garantir une couverture suffisante du territoire national pendant l'intégralité de la période de référencement, y compris, le cas échéant, pendant sa prorogation.

En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'alinéa précédent par l'entreprise attributaire, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, sans délai, déroger aux stipulations de la convention pour pallier la défaillance de l'entreprise. Ils peuvent également, après avoir mis à même l'entreprise de présenter ses observations, mettre fin au référencement du ou des médicaments concernés et, le cas échéant, procéder à une nouvelle procédure de sélection des médicaments en vue de leur référencement.

Les ministres compétents peuvent en outre :

1° Prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise défaillante, d'un montant maximal égal à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos au titre du médicament concerné par le manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 du même code sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

2° Mettre à la charge financière de l'entreprise défaillante les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en médicaments sélectionnés ou d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

IV. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin, notamment, de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.

V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment la date de début de l'expérimentation, sa durée, la méthodologie de l'évaluation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au IV.

Article 36 – Adapter le financement des établissements accompagnant des enfants et des jeunes en situation de handicap dans le cadre de la réforme SERAFIN

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

a) Problème à résoudre

Le financement actuel des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) accompagnant des personnes en situation de handicap sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est essentiellement fondé sur des dotations historiques, dont la structure de coûts n'est pas identifiée précisément.

La réforme de la tarification a pour objectif de rationaliser le financement via l'identification de discriminants du coût à la place. Cette identification doit permettre à terme d'adapter l'allocation des ressources en fonction de caractéristiques des personnes accompagnées et de caractéristiques de la structure. Il s'agit de rendre l'allocation des ressources plus lisible et plus en lien avec les charges réelles des établissements en liant le budget attribué, les caractéristiques des personnes et leurs modalités d'accompagnement.

Il s'agit également d'inciter ces établissements et services à une transformation de l'offre médico-sociale sur la base des parcours de vie des personnes en situation de handicap accompagnées (modulation à l'activité et dotations complémentaires).

Les nouvelles modalités de financement incluent un caractère incitatif permettant d'accompagner les objectifs de politiques publiques de transformation de l'offre médico-sociale. Elles contribuent à favoriser une approche en parcours de vie pour les personnes accompagnées et soutenir leur autodétermination. Une telle approche permet d'améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap complexe, mais aussi de favoriser l'inclusion dans le milieu ordinaire.

L'entrée en vigueur de la disposition est progressive :

- 2025 permet de réaliser des simulations, à partir du recueil de données réalisé au semestre 1 2025 (caractéristiques de l'établissement et profil des personnes accueillies) afin d'ajuster les paramètres de la nouvelle tarification en semestre 2.
- 2026 sera la première année de mise en œuvre « à blanc » du nouveau modèle tarifaire. Elle se fonde sur une nouvelle collecte de données (en 2026) à des fins de calculs de dotations.
- 2027 sera la première année où les établissements et services concernés seront tarifés selon le nouveau modèle d'allocation des ressources.

La mesure s'inscrit dans la mise en œuvre d'une réforme initiée à la suite du rapport IGAS-IGF de 2012 réalisé Agnès Jeannet et Laurent Vachey. Elle permet de faire évoluer le financement des établissements et services médico-sociaux accompagnant des mineurs et des jeunes adultes sur orientation de la CDAPH vers plus d'équité et une meilleure lisibilité du financement grâce à une connaissance plus précise de la structure du coût à la place. Elle s'inscrit dans des politiques publiques de transformation de l'offre : le virage « inclusif » et une adaptation du financement aux besoins des personnes en situation de handicap accompagnées.

Le déploiement initialement annoncé pour le 1^{er} janvier 2026 se fait en deux temps pour permettre un accompagnement des différents acteurs et la réalisation d'études d'impact avec des données réelles, étant donné que l'année 2026 est une « année blanche ». Le calendrier initial a suscité des inquiétudes des acteurs dans l'appropriation de cette réforme. Le décalage du calendrier permet de répondre à ces inquiétudes et la construction de systèmes de collecte de données robustes.

b) Mesure proposée

Un article L. 314-2-4 est créé dans le code de l'action sociale et des familles, afin de déterminer les nouvelles composantes de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (établissements et services mentionnés au 2^o du I de l'article L. 312-1 du même code) faisant l'objet d'une orientation par la CDAPH¹.

Ces établissements et services bénéficient d'une dotation globale de financement qui comprend :

- Une part principale, basée sur un forfait à la place, modulée par des coefficients permettant de tenir compte de l'activité réalisée et de l'atteinte d'objectifs de qualité de service rendu ainsi que de la coordination entre structures et services ;
- Le cas échéant, de financements complémentaires prévus dans les CPOM.

¹ Ne sont donc pas concernés les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU), en l'absence d'orientation par la CDAPH, ainsi que les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) qui relèvent par ailleurs du 3^o du I de l'article L. 312-1.

Ces établissements et services devront transmettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et à l'agence régionale de santé (ARS) compétente les données nécessaires à la détermination de ces dotations.

Ces dispositions seront précisées par décret en conseil d'Etat.

Une période transitoire est mise en place de 2027 à 2034 durant laquelle sera organisée une convergence des financements.

Pour ces établissements et services, la mise en œuvre de la réforme met fin à la procédure de tarification de droit commun (tarification en fonction d'un niveau de charges retenu par l'autorité de tarification) à compter du 1^{er} janvier 2027, en l'absence même de signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. A compter de cette date, l'ensemble de ces établissements et services bénéficieront d'une tarification à la ressource incluant l'adoption du cadre budgétaire de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

c) Autres options possibles

La mise en œuvre de cette réforme nécessite une disposition législative pour déroger aux modalités de tarification de droit commun définies notamment à l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles.

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

Cette disposition justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale, au titre des dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir (2027).

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Les caisses (notamment la CNSA) devront être consultées.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement,... et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Création d'un article L. 314-2-4 dans le code de l'action sociale et des familles. Les dispositions transitoires pour la période 2027-2035 n'ont en revanche pas vocation à être codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	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)	Non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La réforme induira des modifications dans l’allocation des ressources entre les établissements. Le rythme et l’ampleur de la convergence seront précisés à l’issue de la phase d’analyse des données transmises par les ESMS au printemps 2025. Dans ce cadre, une enveloppe sera allouée pour renforcer les incitations tarifaires en faveur de la transformation de l’offre. Le coût total est estimé à ce stade à **360 M€ (€ 2025) sur la période 2027-2030**, représentant un montant annuel de 90 M€ pour permettre aux ESMS d’ajuster leur activité aux enjeux de la transformation de l’offre.

Le montant de ces mesures nouvelles sera réévalué en 2026 et annuellement pendant la durée de la période de convergence et sera traduit dans la construction de la LFSS pour 2027.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie				-90	-90
Collectivités (départements)					

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

a) impacts économiques

La réforme de la tarification des établissements et services pour enfants et jeunes en situation de handicap est source d'efficacité, aussi bien chez les gestionnaires des structures que pour les agences régionales de santé et l'administration centrale. Il est attendu une meilleure adéquation des financements aux besoins des structures et des enfants et jeunes accueillis ou accompagnés.

Les mesures nouvelles sur 4 ans visent à sécuriser économiquement les ESMS durant la trajectoire de convergence des tarifs en leur permettant d'adapter leur activité aux orientations de politiques publiques de transformation de l'offre..

b) impacts sociaux

Sans objet

• Impact sur les jeunes

Il est attendu un meilleur accompagnement des enfants et des jeunes en situation de handicap.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Amélioration de la prise en charge des enfants et des jeunes en situation de handicap en incitant les ESMS à faciliter leur inclusion dans le milieu ordinaire et leur auto-détermination

c) impacts sur l'environnement

Adaptation des transports aux exigences de décarbonation de la branche autonomie (27% des émissions de CO2 de la branche proviennent des transports)

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

80% des emplois du secteur sont occupés par des femmes

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

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

Le nombre de démarches administratives standardisées (comme les formulaires MDPH) diminuerait du fait du développement du fonctionnement en "dispositif intégré". Il serait question d'un projet de vie dont l'évaluation des besoins individuels reposerait sur une équipe pluridisciplinaire. L'identification des besoins permet une orientation vers une plateforme de services. Le travail en coordination et en coopération limite les coûts liés à ces changements.

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

L'inscription du principe de cette réforme au 01/01/2026 doit permettre pendant l'année 2025 de préparer un système d'information de recueil des données nécessaires à la tarification, d'accompagner les agences régionales de santé et les établissements et services concernés à la maîtrise technique et opérationnelle de cette nouvelle modalité de financement.

La CNSA en lien avec la DGCS conduira un ajustement du modèle et des études d'impact en situation réelle.

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

Ces dispositions sont mises en œuvre à moyens constants.

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

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

- Décret (en Conseil d'Etat après avis CNIL) instaurant le recueil des données nécessaires à la tarification des établissements et services concernés (début 2026).
- Décret (en Conseil d'Etat) précisant les modalités d'allocation des ressources applicables aux établissements et services concernés (courant 2026).

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'entrée en vigueur des dispositions est différée au 1^{er} janvier 2027.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Il n'est pas prévu une information spécifique des usagers.

d) Suivi de la mise en œuvre

Ce suivi sera organisé entre la direction générale de la cohésion sociale (directeur de projet) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (équipe projet).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L.314-2-4 du code de l'action sociale et des familles (nouveau)
	I. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 314-7, les établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 bénéficient d'une dotation globale de financement dont la part principale prend en compte notamment leur capacité autorisée, les modalités d'accueil proposées et les besoins d'accompagnement et, le cas échéant, de soins, des personnes accompagnées. La part principale peut être modulée en fonction de l'activité réalisée et de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité de l'accompagnement et à la coopération avec les partenaires éducatifs, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. A la part principale peuvent s'ajouter des financements complémentaires définis dans le contrat prévu à l'article L. 313-12-2. II. – Afin de déterminer le montant de la dotation globale de financement mentionnée au I, chaque établissement ou service transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente les données nécessaires à son calcul dans des conditions fixées par décret. III. – Les dispositions du I sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
	Dispositions non codifiées
	II. – Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 314-2-4 du code de l'action sociale et des familles, pendant une période transitoire ne pouvant excéder huit ans, la part principale de la dotation globale de financement des établissements et services mentionnés à cet article est déterminée chaque année en fonction, d'une part, du montant de cette part versée au titre de l'année précédente et, d'autre part, du montant de la part principale qui résulterait de l'application de ces dispositions. Les modalités d'application de l'alinéa précédent, notamment la durée de la période transitoire et la formule de modulation appliquée pendant cette période, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Pour 2027, la valeur de la part principale retenue au titre de l'année précédente est calculée à partir des informations mentionnées au V du présent article. III. – Les dispositions des deux dernières phrases de l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles sont applicables à tout établissement ou service médico-social mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du même code accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du même code à compter de la date de la conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-12-2 ou de l'inclusion de l'établissement ou du service dans un contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du même code ou, à défaut, le 1er janvier 2027. IV. – Le I et le II du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2027.

	V. - Dans des conditions fixées par décret, les établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du même code transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente, en 2026, les informations permettant de simuler le montant de la part principale et de la modulation calculées selon les dispositions de l'article L. 314-2-4 du même code.

Article 37 – Contribution de la CNSA à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 pour les départements

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La prime Ségur, instaurée en 2020, d'un montant de 183€ net mensuels, était initialement destinée aux professionnels exerçant en établissements hospitaliers et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle a par la suite été étendue aux personnels soignants des ESSMS hors EHPAD puis aux personnels éducatifs de ces établissements.

L'extension de la prime Ségur à l'ensemble des professionnels, spécialement administratifs et techniques, relevant de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif (BASS), inscrite dans l'accord du 4 juin 2024, engendre un surcoût significatif pour les départements, en particulier au titre du financement des établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Il n'existe pas d'obligation de compensation pour ce type de dépenses qui incombent en théorie aux départements dans leur totalité.

Néanmoins, au regard de la situation budgétaire dégradée que connaissent les départements, le Gouvernement a proposé de contribuer à une part du financement pour un montant correspondant à environ la moitié du coût leur incombant, soit environ 85 millions d'euros par an.

En l'absence de vecteur juridique ou budgétaire permettant la compensation de cette charge nouvelle par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), il convient de proposer une mesure législative sur ce champ.

b) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à modifier le II et le III de l'article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Cet article prévoit actuellement que la CNSA verse une dotation aux départements destinée à compenser les surcoûts liés à l'attribution de la prime Ségur dans les établissements médico-sociaux relevant d'un financement intégral par les conseils départementaux, au bénéfice des personnels mentionnés au B du I de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, correspondant aux personnels soignants et socio-éducatifs.

Le nouvel alinéa proposé prévoit que la CNSA verse aux départements une aide financière annuelle et pérenne, selon des modalités fixées par décret, avec effet au 1^{er} janvier 2025. La répartition de cette aide s'effectuera en fonction du nombre de places installées dans les structures de la BASS accueillant des publics de personnes âgées et de personnes handicapées sur le territoire de chaque département.

Cette disposition permet de sécuriser juridiquement et financièrement la compensation attendue, tout en garantissant une application homogène et transparente sur l'ensemble du territoire.

c) Autres options possibles

Les dépenses des départements en lien avec l'accord du 4 juin 2024, agréé par arrêté du 25 juin 2024 à la suite de son examen en Commission nationale d'agrément, ne font pas l'objet d'une obligation juridique de compensation de la part de l'Etat ou de la CNSA. Le législateur avait prévu le financement du coût de l'accord pour la part incombant à la sécurité sociale dans le cadre du PLFSS pour 2025 au sein de l'OGD.

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

La présente mesure trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale au regard des dispositions des articles LO 111-3-6 et LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

D'une part, la compensation ayant d'ores et déjà vocation à être versée dès l'exercice 2025, elle relève du **3° de l'article LO 111-3-6** du code de la sécurité sociale, relatif aux dispositions relatives à l'année en cours ayant un impact sur les relations financières entre les administrations publiques et les organismes de sécurité sociale.

D'autre part, cette aide ayant un caractère pérenne, elle s'inscrit également dans les prévisions de dépenses des années à venir et relève à ce titre du **b du 1° de l'article LO 111-3-8**, en tant que mesure ayant un impact sur les dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe à ce jour ni règlement de l'Union européenne ni jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne applicable spécifiquement à la présente mesure. Celle-ci, qui prévoit une compensation financière versée par un organisme public (la CNSA) à des collectivités territoriales (les départements) pour le financement de politiques sociales, ne contrevient pas aux règles de concurrence ou d'aides d'État prévues aux articles 107 et suivants du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), dès lors qu'elle ne bénéficie pas à des opérateurs économiques mais à des personnes morales de droit public dans le cadre de leurs compétences sociales.

La mesure respecte également les principes d'égalité de traitement et de non-discrimination posés par le droit de l'Union, dans la mesure où l'aide est attribuée selon des critères objectifs, transparents et identiques pour l'ensemble des départements.

Aucune disposition de la présente mesure n'est contraire aux normes fixées par la Convention européenne des droits de l'homme, notamment en matière de respect des droits patrimoniaux (article 1 du Protocole n° 1), d'égalité de traitement ou de non-discrimination. Elle ne porte pas atteinte aux droits garantis par la Convention, ni telle qu'interprétée par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

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

a) Possibilité de codification

Modification du II et ajout d'un III à l'article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

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

De manière identique à l'article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 dans sa version actuelle, cette mesure nouvelle de compensation vise les départements d'outre-mer, mais aussi Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte	La mesure est applicable à ces collectivités dans les mêmes conditions qu'aux autres départements, conformément au champ d'application de l'article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	La mesure est applicable à ces collectivités
Saint-Pierre-et-Miquelon	La mesure est applicable à ces collectivités
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure entraîne une dépense pérenne de 85 millions d'euros par an pour la branche Autonomie, équivalent au gain pour les départements.

Ce montant résulte d'un accord entre l'État et les départements, au terme duquel il a été convenu que la CNSA prendrait en charge 85 M€ par an au titre de l'extension de la prime Ségur prévue par l'accord du 4 juin 2024.

L'évaluation du coût global de cette extension opposable aux départements, estimé à 170 millions d'euros par an (sur un champ qui excède celui de l'autonomie et inclut en particulier la protection de l'enfance), repose sur une analyse conduite par les services de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), à partir des données issues de la statistique publique.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS		-85	-85	-85	-85
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie		-85	-85	-85	-85
Collectivités (départements)		+85	+85	+85	+85

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

a) Impacts économiques

À défaut de financement public, le coût de la mesure relèverait entièrement des employeurs du secteur, générant une forte instabilité financière pour les structures concernées.

La mise en place de la compensation permet aux départements de verser les financements attendus, ce qui stabilise la situation financière des établissements et améliore leur visibilité économique à court et moyen terme.

b) Impacts sociaux

La mesure contribue à garantir la mise en œuvre de l'accord du 4 juin 2024, qui améliore la rémunération de l'ensemble des personnels des structures de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif. Elle renforce ainsi l'attractivité de ces métiers, dans un contexte de fortes tensions de recrutement.

- **Impact sur les jeunes**

Aucun impact spécifique identifié.

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

Le champ de l'accord du 4 juin 2024 inclut les établissements accueillant des personnes en situation de handicap, dont certains relèvent d'un financement intégral ou partiel par les départements. La mise en œuvre de la compensation permet de sécuriser cette offre et de maintenir un accès aux services, tout en soutenant la qualité de l'accompagnement.

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 présente un impact positif en matière d'égalité entre les femmes et les hommes. En effet, les femmes représentent environ 76 % des effectifs du secteur sanitaire, social et médico-social privé.

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 crée pas de charge administrative pour les établissements, la compensation étant versée directement aux départements.

Elle est donc sans effet sur les démarches des structures et sur les formalités des usagers.

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

La mesure ne génère pas de modification substantielle de l'organisation des administrations concernées. Le versement de l'aide sera effectué par la CNSA via un canal existant, déjà utilisé pour la mise en œuvre des dispositifs antérieurs prévus à l'article 43 de la LFSS pour 2022.

Aucun impact n'est à signaler sur les systèmes d'information.

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 humains et budgétaires existants. Aucun besoin d'effectifs supplémentaires ni de crédits dédiés spécifiques n'est identifié.

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.

- Article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 modifiant l'article 43 de la LFSS pour 2022
- Décret d'application prévu au premier trimestre 2026

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

Une mise en œuvre anticipée est prévue dès juillet 2025 via lettre de couverture.

Pour les exercices ultérieurs, la mesure suivra le calendrier d'exécution du dispositif existant prévu par l'article 43.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité d'information spécifique n'est prévue, la mesure ne concernant pas directement les assurés ou les cotisants.

d) Suivi de la mise en œuvre

Comme le prévoit le décret n° 2022-739 du 28 avril 2022 d'application de l'article 43 de la LFSS pour 2022, « Les départements transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie chaque année avant le 1er avril, par tout moyen, une attestation justifiant la compensation effective de la charge financière pour tous les établissements et services de leur compétence de tarification, sans prise en compte du domicile de secours des usagers ou de l'augmentation des créances d'aide sociale recouvrables sur succession. »

La mesure ne fait pas l'objet d'indicateurs spécifiques dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022	
Article 43 avant modification	Article 43 après modification
I. - Le coût des revalorisations prévues au B du I de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 dans les établissements et services mentionnés au 2° du C du III bis du même article 48, ainsi que le coût de celles résultant de mesures salariales équivalentes au complément de traitement indiciaire par accords ou conventions collectifs entrant en vigueur dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur privé accueillant les mêmes publics et relevant des mêmes catégories que ceux énumérés au même 2°, font l'objet d'un financement aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les modalités de détermination de ce financement sont précisées par décret. II. - Le présent article est applicable à compter du 1er novembre 2021.	I. - Le coût des revalorisations prévues au B du I de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 dans les établissements et services mentionnés au 2° du C du III bis du même article 48, ainsi que le coût de celles résultant de mesures salariales équivalentes au complément de traitement indiciaire par accords ou conventions collectifs entrant en vigueur dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur privé accueillant les mêmes publics et relevant des mêmes catégories que ceux énumérés au même 2°, font l'objet d'un financement aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les modalités de détermination de ce financement sont précisées par décret. ~~II. Le présent article est applicable à compter du 1er novembre 2021.~~ – Afin de contribuer au financement du coût des mesures de revalorisations salariales, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif accueillant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, résultant de l'accord de branche du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non-lucratif, agréé le 25 juin 2024 dans les conditions mentionnées à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse aux départements une aide forfaitaire annuelle de 85 millions d'euros. Les modalités de la répartition de cette aide entre départements, qui tient compte du nombre de places dans ces établissements et services, sont précisées par décret. III. – A. – Les dispositions du I sont applicables à compter du 1er novembre 2021. B. – Les dispositions du II sont applicables à compter du 1er janvier 2025.

Article 38 – Déduire des indemnisations versées par les assurances et fonds d'indemnisation l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap

I. Présentation de la mesure

Dans les situations de handicap résultant d'un dommage causé par un tiers, le champ de l'indemnisation par le tiers responsable se superpose partiellement au champ de la compensation par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH). Cela peut conduire à un double financement de mêmes dépenses en l'absence de possibilité pour le département de déduire des prestations le montant versé au titre de l'indemnisation.

La mesure consiste à affirmer la subsidiarité de l'APA à domicile et de la PCH vis-à-vis des indemnités versées par des tiers responsables, afin de renforcer l'équité entre les bénéficiaires, et de mieux articuler solidarité nationale et responsabilité civile.

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

a) Problème à résoudre

Dans le champ des politiques de solidarité, l'APA et la PCH ont pour finalité de couvrir les besoins liés à la perte d'autonomie ou au handicap, quels qu'en soient l'origine ou la cause. Elles s'inscrivent dans une logique de solidarité nationale, portée principalement par les départements, avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) via le versement aux départements de concours dédiés.

Or, dans certains cas, la situation de dépendance ou de handicap résulte d'un dommage imputable à un tiers, ouvrant alors droit à une indemnisation fondée sur la responsabilité civile. Cette superposition entre la logique de compensation (APA, PCH) et celle de réparation du préjudice (versements effectués par un assureur ou un fonds de garantie) pose la question de leur articulation juridique et financière.

La jurisprudence a progressivement reconnu un caractère indemnitaire à l'APA et à la PCH¹, autorisant ainsi leur déduction de l'indemnisation allouée à la victime lorsqu'une disposition légale le prévoit et uniquement lorsque la victime a fait valoir ses droits à la prestation d'autonomie avant d'être indemnisée. Cette possibilité concerne aujourd'hui exclusivement des fonds d'indemnisation : le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI)², l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)³ et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)⁴, autorisés à tenir compte, dans le montant de l'indemnisation allouée, des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir au titre du même préjudice.

Dans les autres cas d'indemnisation, qui sont les plus fréquents, l'APA et la PCH ne peuvent être déduits de l'indemnisation, mais le contraire n'est pas possible non plus.

Aucun mécanisme de recours subrogatoire n'est en effet reconnu aux départements au titre de l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985. Celui-ci liste de manière limitative les prestations ouvrant droit à subrogation, ainsi que les organismes pouvant exercer un tel recours. Ni les départements, ni les prestations d'autonomie ne figurent dans cette liste.

Cette situation autorise la victime à bénéficier d'une double indemnisation, comme l'a confirmé la Cour de cassation⁵ qui a refusé la déduction de la PCH de l'indemnisation due par un professionnel de santé ou un assureur automobile, de même que la déduction de l'APA de l'indemnisation due par un assureur sur le motif que le responsable d'un accident ou son assureur ne peuvent déduire des prestations qui ne peuvent donner lieu à recours subrogatoire au titre de l'article 29 de la loi Badinter.

Cette situation crée une différence avec les prestations de sécurité sociale finançant les besoins d'assistance par une tierce personne, la majoration pour tierce personne (MTP) qui vient en complément d'une pension d'invalidité de niveau 3 ou d'une pension de vieillesse anticipée et prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) versée au titulaire d'une rente ATMP, dont les organismes qui les versent peuvent demander le remboursement au responsable ou à son assureur, ces derniers les déduisant en conséquence de l'indemnisation versée à la victime. Cette différence de traitement

¹ Rapport IGF/IGAS non publié n° 2024-058R de janvier 2025 relatif au recours contre tiers des organismes de sécurité sociale et des employeurs publics.

² Art. 706-9 du code de procédure pénale.

³ Art. L. 1142-14 du code de la santé publique.

⁴ IV de art. 53 LFSS 2001.

⁵ Voir Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 19 mars 2015, 14.12.792; 10 septembre 2025, 14-23.623; 17 mars 2016, 15-13.865 ; Chambre civile 2, 29 juin 2017, 16.17.864; 20 octobre 2016, 15-17.507.

a été admise par le Conseil constitutionnel saisi d'une QPC¹ qui a considéré que le département n'était pas dans la même situation que les autres tiers payeurs, mais que le législateur pouvait en disposer autrement.

b) Mesure proposée

En l'état actuel du droit, les départements ne disposent d'aucun levier juridique ou financier pour éviter les situations de double financement.

La mesure proposée consiste à reconnaître la subsidiarité de l'APA à domicile et de la PCH vis-à-vis des indemnités versées par des tiers responsables en permettant aux départements de déduire ces indemnités du montant des prestations. Cela permettrait de renforcer l'équité entre les bénéficiaires, d'assurer une utilisation plus juste des deniers publics, d'éviter les effets d'aubaine et de mieux articuler solidarité nationale et responsabilité civile.

La mesure présentée s'appuie sur les propositions d'un rapport IGAS / IGF de début 2025² sur le recours contre tiers reprises dans la revue de dépenses relative aux divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales.

La déduction devrait être réalisée sur les postes indemnisés (essentiellement assistance à tierce personne, adaptation du logement et du véhicule) qui sont aussi compensés par les prestations considérées. Il est proposé de ne retenir que les prestations servies dans le cadre du domicile.

Si le montant de l'indemnisation est supérieur à la prestation accordée, la personne bénéficiera toujours de la réparation intégrale de son préjudice.

Sur le plan opérationnel, cette mesure s'appliquerait aux nouvelles demandes d'APA ou de PCH déposées à compter de son entrée en vigueur, pour éviter les recalculs. Il s'agirait, soit d'une première demande de prestation, soit d'une demande de révision faisant suite à un dommage corporel donnant lieu à réparation et survenu à compter de l'entrée en vigueur de la mesure.

La personne demandeuse de la prestation aura obligation de déclarer à son département payeur les indemnités reçues pour la compensation de sa perte d'autonomie. Il devra également déclarer les éventuels changements. Il appartiendra aux assureurs et aux fonds d'indemnisation de mettre à la disposition du département, à sa demande, les informations nécessaires à la mise en œuvre de la subsidiarité des prestations d'autonomie vis-à-vis des indemnités.

Un décret précisera les modalités de transmission des informations au département par les assureurs et les fonds d'indemnisation et les conditions dans lesquelles la déduction sera réalisée, notamment pour les situations dans lesquelles une indemnité provisionnelle est versée au moment de la demande, ou quand l'indemnité est versée sous la forme de capital ou en cours de droit.

c) Autres options possibles

➤ Concernant l'alternative (non retenue) du recours contre tiers :

Une autre option aurait consisté à permettre aux départements d'exercer un recours contre les tiers responsables, en se subrogeant dans les droits de la victime afin de réclamer à l'auteur du dommage, son assureur ou un fonds d'indemnisation le remboursement des prestations versées au titre de l'APA ou de la PCH. Cette approche aurait été significativement plus complexe sur le plan juridique et plus lourde en gestion pour les départements. En effet, l'APA et la PCH sont des prestations évolutives, non seulement en fonction du degré de perte d'autonomie mais aussi en fonction de certains choix d'utilisation de la prestation (service prestataire ou gré à gré, par exemple). Elles sont en outre soumises à un contrôle d'effectivité. Elles sont donc très différentes dans leurs principes de fonctionnement de prestations calculées forfaitairement comme la MTP ou la PC RTP.

En outre, un tel recours aurait pu conduire les responsables et assureurs à demander aux victimes de faire valoir au préalable leur droit à l'APA ou à la PCH afin de savoir s'ils doivent déduire les sommes correspondantes de l'indemnisation à verser à la victime. Ceci pourrait conduire à revenir sur le principe, reconnu par la Cour de Cassation, selon lequel la PCH n'a aucun caractère obligatoire pour la victime.

La solution retenue, fondée sur le principe de subsidiarité, présente l'avantage de permettre la déduction immédiate des indemnités perçues par la victime du montant des prestations versées. Elle est plus simple à mettre en œuvre, plus rapide et moins coûteuse. Elle repose sur des mécanismes déclaratifs et préventifs, tandis que le recours subrogatoire impliquerait des démarches contentieuses longues, incertaines et administrativement contraignantes.

➤ Concernant la non prise en compte de l'APA en établissement :

Il aurait pu être envisagé d'étendre le principe de subsidiarité aux dépenses d'APA en établissement. Cette option n'a pas été retenue en raison des caractéristiques de cette prestation, qui est aujourd'hui versée sous une forme globalisée aux établissements. Il convient en outre de noter que les dépenses d'hébergement en EHPAD peuvent pour leur part être couvertes par la réparation intégrale et sont alors prises en compte par le département dans la détermination de l'éligibilité à l'aide sociale.

➤ Concernant l'inclusion des fonds d'indemnisation publics dans le champ de la mesure :

Aujourd'hui, les fonds d'indemnisation publics peuvent déduire la PCH et l'APA des indemnités qu'ils accordent, en raison d'une rédaction large de la loi les concernant et de la reconnaissance du caractère indemnitaire de l'APA et de la PCH par la

¹ Décision N02016-613 QPC du 24 février 2017.

² IGAS/IGF, rapport non publié n° 2024-058R précité.

jurisprudence. Cela induit en particulier une **inégalité de traitement** avec les personnes qui demandent l'APA et la PCH après avoir été indemnisées, et peuvent de ce fait cumuler la réparation et la compensation.

La question de la déductibilité des indemnités perçues par les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH appelle donc une clarification du principe applicable. Une approche « mixte », consistant à maintenir la possibilité pour les fonds publics d'indemnisation (ONIAM, FIVA, FGTI) de déduire les prestations sociales tout en permettant aux départements de déduire les sommes versées par les assureurs et fonds privés, ne paraît pas pertinente.

D'une part, elle poserait une **difficulté opérationnelle** : il faudrait demander aux bénéficiaires de distinguer et de déclarer certaines sommes et pas d'autres, ce qui introduirait une complexité supplémentaire tant pour les usagers que pour les départements. Dès lors qu'une obligation d'information incombe aux usagers, la lisibilité de la règle constitue un enjeu essentiel. La coexistence de deux circuits de traitement différents risquerait de créer de la confusion, d'autant plus que dans certaines situations une même personne peut percevoir des indemnités à la fois d'un assureur privé et d'un fonds d'indemnisation public.

D'autre part, elle soulève un **enjeu de cohérence** : l'évaluation du préjudice par le juge, le fonds ou l'assureur, et l'évaluation des besoins de compensation par la MDPH ou le département, sont deux démarches indépendantes. Les besoins ne sont pas évalués et chiffrés suivant les mêmes référentiels, ce qui peut conduire à compromettre le principe de réparation intégrale.

L'exemple suivant illustre ce risque : dans l'hypothèse d'une réparation intégrale valorisée à 1 000 €, dont 400 € versés par un fonds public et 600 € versés par un assureur privé, et d'une PCH attribuée à hauteur de 800 €, la coexistence des deux mécanismes de déduction lèserait la victime. Le fonds public, en déduisant la PCH, n'accorderait aucune indemnité. En déduisant de son côté l'indemnisation de l'assureur privé, le département ne verserait que (800 – 600) 200 € de PCH. Au total, la victime percevrait donc 600 € de l'assureur et 200 € de PCH, soit 800 € seulement au lieu des 1 000 € correspondant à la réparation intégrale.

Pour éviter une telle situation, il convient d'opter pour un principe unique, la solution la plus cohérente et la plus équitable consistant à prévoir la déductibilité par le département de toutes les indemnités, quelle que soit leur origine, et à mettre fin en parallèle à la possibilité pour les fonds publics de déduire l'APA et la PCH.

Les fonds cesseraient de déduire l'APA et la PCH des réparations qu'ils versent pour les demandes de prestations déposées à compter de l'entrée en vigueur de la mesure, ils continueraient à déduire APA et PCH d'ici-là pour éviter tout effet d'aubaine.

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

La place en LFSS se justifie au titre du 1^{er} de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

La réforme des concours de la CNSA aux départements introduit un lien direct entre la dépense d'APA et de PCH et la dépense de la CNSA. Une mesure d'économie sur ces prestations se traduit donc de façon directe et certaine sur le concours de la CNSA.

Par ailleurs, la mesure a des conséquences pour des fonds d'indemnisation qui sont pour certains financés par l'assurance maladie (ONIAM).

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure et celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités. Elle n'instaure pas de discrimination, ne prive pas les victimes de leur droit à indemnisation et ne viole pas le droit de la concurrence dès lors qu'elle s'inscrit dans une logique non lucrative de solidarité.

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

a) Possibilité de codification

Modification des dispositions suivantes :

- Article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- Article L. 245-6 du CASF ;
- Article L. 706-9 du code de procédure pénale ;
- Article L. 1142-14 du code de la santé publique ;
- Article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Insertion, au sein du livre II du CASF :

- Au chapitre II du titre III, après l'article L. 232-4, d'un article L. 232-4-1 ;
- Au chapitre V du titre IV, après l'article L. 245-7, d'un article L. 245-6-1.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Application de plein droit
Mayotte	Application de plein droit
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)	Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'économie potentielle liée pour les départements et la branche autonomie aux dépenses qui pourraient être évitées par la mise en œuvre de la subsidiarité ne peut être estimée de manière fiable en l'absence de données retracées par les SI sur la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile et de la PCH dont l'origine du handicap est accidentelle, avec tiers responsable identifié et donnant lieu à indemnisation. En l'absence de ces données, cette proportion est estimée à 1,5 % pour la PCH (donnée issue d'une observation dans un département de 1,5 M d'habitants). On suppose cette proportion moindre pour l'APA, à 0,5%.

La mesure porterait sur le flux des nouveaux bénéficiaires APA/PCH à compter de son entrée en vigueur (a priori au lendemain de la publication de son décret d'application).

Concernant l'APA, la durée de perception de l'allocation est de 3,5 ans en moyenne¹ et le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile, en légère progression chaque année, de 0,8 M (2023). Le nombre de nouveaux bénéficiaires peut ainsi être estimé à (0,8 M / 3,5) environ 0,23 M en 2023.

S'agissant de la PCH, 166 300 décisions d'attribution ont été prises en 2022, incluant les premières demandes, les renouvellements de droits et les modifications de plans en cours². Le nombre de bénéficiaires progresse en moyenne de 18 000 personnes par an. Par convention, le flux annuel de nouveaux entrants est estimé à 30 000 personnes.

En 2023, le montant moyen attribué par bénéficiaire est de 5 119 € sur l'APA et de 7 362 € sur la PCH.

Par souci de simplification, il est supposé que le nombre de nouveaux bénéficiaires ainsi que le montant moyen de la prestation par bénéficiaire restent constants chaque année, sur la base des données observées en 2023.

Sous ces hypothèses et en supposant constant le taux de compensation de la dépense départementale sur la période, l'économie générée par la mesure pour la branche autonomie peut être estimée à 3,4 M€ la première année (hypothèse : année pleine), 6,7 M€ l'année N+1 et 10,1 M€ l'année N+2 :

Estimation du nombre de bénéficiaires APA/PCH indemnisable		APA	PCH	Total
Nouveaux bénéficiaires chaque année	a	233 000	30 000	263 000
Proportion accident tiers responsable	b	0,50%	1,50%	
Nouveaux bénéficiaires indemnisables chaque année	c = (a x b)	1 165	450	1 615
Bénéficiaires indemnisables (année N)	d = c	1 165	450	1 615
Bénéficiaires indemnisables (année N+1)	e = c*2	2 330	900	3 230
Bénéficiaires indemnisables (année N+2)	f = c*3	3 495	1 350	4 845

Estimation de l'économie générée par la subsidiarité		APA	PCH	Total
Montant moyen par bénéficiaire (2023)	g	5 119 €	7 362 €	
Economie sur année N	h = (g x d)	6 M€	3,3 M€	9,2 M€
Economie sur année N+1	i = (g x e)	12 M€	6,6 M€	18,5 M€
Economie sur année N+2	j = (g x f)	17,9 M€	9,9 M€	27,8 M€

Economie pour la CNSA (branche autonomie)		APA	PCH	Total
Part de la dépense financée par la CNSA (2023)	k	39,50%	30,60%	
Economie sur année N	l = (k x h)	2,3 M€	1 M€	3,4 M€
Economie sur année N+1	m = (k x i)	4,7 M€	2,0 M€	6,7 M€
Economie sur année N+2	n = (k x j)	7,0 M€	3,0 M€	10,1 M€

Economie pour les départements		APA	PCH	Total
Economie sur année N	o = (h - l)	3,6 M€	2,3 M€	5,9 M€
Economie sur année N+1	p = (i - m)	7,2 M€	4,6 M€	11,8 M€
Economie sur année N+2	q = (j - n)	10,8 M€	6,9 M€	17,7 M€

La mesure prendra effet après la publication de son décret d'application. À titre d'hypothèse, le tableau ci-dessous retient une première année pleine pour la mesure en 2027.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025	2026	2027	2028	2029
ROBSS					

¹ La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyenne | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

² Synthèse des rapports d'activité 2022 des maisons départementales des personnes handicapées.

- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie			+3,4	+6,7	+10,1
(Autre : départements)			+5,9	+11,8	+17,7

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

L'application du principe de subsidiarité empêcherait les bénéficiaires de l'APA et de la PCH de cumuler ces aides avec une indemnisation obtenue au titre de la responsabilité d'un tiers. Toutefois, cette mesure ne saurait être interprétée comme une restriction d'accès aux droits, dans la mesure où elle vise à prévenir une double indemnisation pour un même préjudice. Par ailleurs elle s'appliquerait uniquement aux indemnités attribuées à titre définitif à compter de la date d'entrée en vigueur de la mesure.

• Impact sur les jeunes

Sans impact spécifique

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure garantit le maintien du principe de réparation intégrale, mais évite les situations de double compensation.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Sans impact spécifique

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 demandeurs et bénéficiaires de l'APA et de la PCH devront indiquer si leur handicap ou leur perte d'autonomie résulte d'un accident impliquant la responsabilité d'un tiers, ainsi que l'existence éventuelle d'une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti.

Les formulaires Cerfa seraient adaptés en ce sens, la charge administrative supplémentaire induite resterait marginale.

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

La mesure entraînerait une charge administrative supplémentaire pour les départements qui devraient vérifier si un tiers est responsable du handicap ou de la perte d'autonomie, identifier si une procédure d'indemnisation a été engagée ou a abouti, échanger potentiellement avec des compagnies d'assurance, des fonds d'indemnisation ou des avocats et suivre les montants perçus pour les prendre en compte dans le calcul de l'APA/PCH. Une formation des agents instructeurs APA/PCH serait à mise en œuvre.

Le surcroît de gestion administrative devrait toutefois rester limité. D'une part, les cas concernés sont peu fréquents : les personnes handicapées à la suite d'un accident avec tiers responsable ne représentent qu'une faible proportion des bénéficiaires de l'APA et de la PCH. D'autre part, le traitement de ces situations serait intégré aux procédures existantes.

La mesure entraînera également une charge supplémentaire pour les fonds d'indemnisation publics (notamment fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante -FIVA- et organisme d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux –

ONIAM) car ils peuvent actuellement déduire les prestations APA et PCH des sommes versées aux victimes, ce qui ne sera plus possible. L'impact financier de la mesure pour ces organismes reste toutefois difficile à estimer.

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

Le nombre de cas concernés étant limité (voir point précédent), la mesure serait à mettre en œuvre par les départements 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 nécessitera :

- Un décret pour déterminer les modalités d'application du dispositif ;
- Un arrêté du ministre chargé des personnes handicapées pour compléter le formulaire Cerfa¹ de demande MDPH de façon à déterminer si le handicap résulte d'un accident impliquant la responsabilité d'un tiers, ainsi que l'existence éventuelle d'une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti (concernant l'APA, le formulaire de demande Cerfa relatif à l'APA à domicile peut être modifié sans arrêté préalable).

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

L'information figurera dans les formulaires de demande APA et PCH. Elle sera également assurée par les départements, en charge du versement des prestations.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera assuré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

¹ Article R146-26 - Code de l'action sociale et des familles – Légifrance.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles avant modification	Article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles après modification
L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci. Cette participation est calculée et actualisée au 1er janvier de chaque année, en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 et du montant du plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1er janvier en application de l'article L. 232-3-1. Lorsque le bénéficiaire recourt à un service d'aide et d'accompagnement à domicile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11-1, son allocation et sa participation peuvent, dans des conditions définies par décret, être calculées de façon forfaitaire au regard du plan d'aide qu'il a accepté. Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie. De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire.	L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci. Cette participation est calculée et actualisée au 1er janvier de chaque année, en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 et du montant du plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1er janvier en application de l'article L. 232-3-1. Lorsque le bénéficiaire recourt à un service d'aide et d'accompagnement à domicile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11-1, son allocation et sa participation peuvent, dans des conditions définies par décret, être calculées de façon forfaitaire au regard du plan d'aide qu'il a accepté. Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie. De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire. Le département déduit du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d'un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans le plan d'aide mentionné au premier alinéa. Sont précisées par voie réglementaire les modalités selon lesquelles sont notamment déduites du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile les indemnités provisionnelles, les indemnités versées sous forme de capital ainsi que les indemnités reçues en cours de droit.
Article L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles avant modification	Article L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles après modification
La prestation de compensation est accordée, pour une durée d'attribution unique et renouvelable, sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense, dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire. Les montants maximums, les tarifs et les taux de prise en charge sont fixés par arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées. Les modalités et la durée d'attribution de cette prestation sont définies par décret. Lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement, un droit à la prestation de compensation du handicap est ouvert sans limitation de durée, sans préjudice des révisions du plan personnalisé de compensation qu'appellent les besoins de la personne. Sont exclus des ressources retenues pour la détermination du taux de prise en charge mentionné à l'alinéa précédent : -les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé ;	La prestation de compensation est accordée, pour une durée d'attribution unique et renouvelable, sur la base de tarifs et de montants fixés par nature de dépense, dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire. Les montants maximums, les tarifs et les taux de prise en charge sont fixés par arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées. Les modalités et la durée d'attribution de cette prestation sont définies par décret. Lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement, un droit à la prestation de compensation du handicap est ouvert sans limitation de durée, sans préjudice des révisions du plan personnalisé de compensation qu'appellent les besoins de la personne. Sont exclus des ressources retenues pour la détermination du taux de prise en charge mentionné à l'alinéa précédent : -les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé ;

-les indemnités temporaires, prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit mentionnées au 8° de l'article 81 du code général des impôts ; -les revenus de remplacement dont la liste est fixée par voie réglementaire ; -les revenus d'activité du conjoint, du concubin, de la personne avec qui l'intéressé a conclu un pacte civil de solidarité, de l'aidant familial qui, vivant au foyer de l'intéressé, en assure l'aide effective, de ses parents même lorsque l'intéressé est domicilié chez eux ; -les rentes viagères mentionnées au 2° du I de l'article 199 septies du code général des impôts, lorsqu'elles ont été constituées par la personne handicapée pour elle-même ou, en sa faveur, par ses parents ou la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ses grands-parents, ses frères et soeurs ou ses enfants ; -certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire ; -les primes liées aux performances versées par l'Etat aux sportifs de l'équipe de France médaillés aux jeux paralympiques.	-les indemnités temporaires, prestations et rentes viagères servies aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit mentionnées au 8° de l'article 81 du code général des impôts ; -les revenus de remplacement dont la liste est fixée par voie réglementaire ; -les revenus d'activité du conjoint, du concubin, de la personne avec qui l'intéressé a conclu un pacte civil de solidarité, de l'aidant familial qui, vivant au foyer de l'intéressé, en assure l'aide effective, de ses parents même lorsque l'intéressé est domicilié chez eux ; -les rentes viagères mentionnées au 2° du I de l'article 199 septies du code général des impôts, lorsqu'elles ont été constituées par la personne handicapée pour elle-même ou, en sa faveur, par ses parents ou la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ses grands-parents, ses frères et soeurs ou ses enfants ; -certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire ; -les primes liées aux performances versées par l'Etat aux sportifs de l'équipe de France médaillés aux jeux paralympiques. Le département déduit du montant de la prestation de compensation les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d'un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans le plan de compensation mentionné au premier alinéa. Sont précisées par voie réglementaire les modalités selon lesquelles sont notamment déduites du montant de la prestation de compensation les indemnités provisionnelles, les indemnités versées sous forme de capital ainsi que les indemnités reçues en cours de droit.
Article 706-9 du code de procédure pénale avant modification La commission tient compte, dans le montant des sommes allouées à la victime au titre de la réparation de son préjudice : -des prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale et par ceux qui sont mentionnés aux articles 1106-9,1234-8 et 1234-20 du code rural ; -des prestations énumérées au II de l'article 1er de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques ; -des sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation ; -des salaires et des accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage ; -des indemnités journalières de maladie et des prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régis par le code de la mutualité. Elle tient compte également des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs au titre du même préjudice. Les sommes allouées sont versées par le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.	Article 706-9 du code de procédure pénale après modification La commission tient compte, dans le montant des sommes allouées à la victime au titre de la réparation de son préjudice : -des prestations versées par les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale et par ceux qui sont mentionnés aux articles 1106-9,1234-8 et 1234-20 du code rural ; -des prestations énumérées au II de l'article 1er de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques ; -des sommes versées en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation ; -des salaires et des accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage ; -des indemnités journalières de maladie et des prestations d'invalidité versées par les groupements mutualistes régis par le code de la mutualité. Elle tient compte également des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs au titre du même préjudice, à l'exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles. Les sommes allouées sont versées par le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.
Article L. 1142-14 du code de la santé publique avant modification Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections	Article L. 1142-14 du code de la santé publique après modification Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections

iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance. Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés. Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale. L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation. L'assureur qui fait une offre à la victime est tenu de rembourser à l'office les frais d'expertise que celui-ci a supportés. L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil. Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif. Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif ou, le cas échéant, du jugement devenu définitif. Si l'assureur qui a transigé avec la victime estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne qu'il assure, il dispose d'une action subrogatoire soit contre le tiers responsable, soit contre l'Office national d'indemnisation si les dispositions du II de l'article L. 1142-1 trouvent à s'appliquer. Si le juge compétent, saisi par la victime qui refuse l'offre de l'assureur, estime que cette offre était manifestement insuffisante, il condamne l'assureur à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue, sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime. Dans le cas où les plafonds de garantie des contrats d'assurance de la personne considérée comme responsable par la commission seraient atteints, l'assureur avise sans délai cette personne, l'office institué à l'article L. 1142-22 du présent code et, si la personne considérée comme responsable est un professionnel de santé exerçant à titre	iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance. Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice, à l'exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés. Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale. L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation. L'assureur qui fait une offre à la victime est tenu de rembourser à l'office les frais d'expertise que celui-ci a supportés. L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil. Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif. Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif ou, le cas échéant, du jugement devenu définitif. Si l'assureur qui a transigé avec la victime estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne qu'il assure, il dispose d'une action subrogatoire soit contre le tiers responsable, soit contre l'Office national d'indemnisation si les dispositions du II de l'article L. 1142-1 trouvent à s'appliquer. Si le juge compétent, saisi par la victime qui refuse l'offre de l'assureur, estime que cette offre était manifestement insuffisante, il condamne l'assureur à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue, sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime. Dans le cas où les plafonds de garantie des contrats d'assurance de la personne considérée comme responsable par la commission seraient atteints, l'assureur avise sans délai cette personne, l'office institué à l'article L. 1142-22

libéral, le fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances. Pour l'application du présent article, l'Etat, au titre des activités de prévention, de diagnostic ou de soins qu'il exerce, est soumis aux obligations incombant à l'assureur.	du présent code et, si la personne considérée comme responsable est un professionnel de santé exerçant à titre libéral, le fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances. Pour l'application du présent article, l'Etat, au titre des activités de prévention, de diagnostic ou de soins qu'il exerce, est soumis aux obligations incombant à l'assureur.
Article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 avant modification	Article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 après modification
I. - Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices : 1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ; 2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ; 3° Les ayants droit des personnes visées aux 1° et 2°. II. - Il est créé, sous le nom de "Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante", un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Cet établissement a pour missions de réparer les préjudices définis au I du présent article et d'identifier les personnes mentionnées au même I. Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat. Il emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. III. - Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds. Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu au IV du présent	I. - Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices : 1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ; 2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ; 3° Les ayants droit des personnes visées aux 1° et 2°. II. - Il est créé, sous le nom de "Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante", un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Cet établissement a pour missions de réparer les préjudices définis au I du présent article et d'identifier les personnes mentionnées au même I. Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat. Il emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. III. - Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds. Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu au IV du présent

article jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois. Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale. Vaut également justification du lien entre l'exposition à l'amiante et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés aux quatrième et cinquième alinéas du présent III, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision. Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles. Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel. Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical. III bis. - Les droits à l'indemnisation des préjudices mentionnés au I se prescrivent par dix ans à compter de la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante. Toutefois, le délai de prescription ne court : 1° Pour l'indemnisation des préjudices résultant de l'aggravation d'une maladie dont un certificat médical a déjà établi le lien avec l'exposition à l'amiante, que de la date du premier certificat médical constatant cette aggravation ; 2° Pour l'indemnisation des ayants droit d'une personne décédée, quand son décès est lié à l'exposition à l'amiante, que de la date du premier certificat médical établissant le lien entre le décès et cette exposition. III bis A.-Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, de toute collectivité publique, de tout organisme de sécurité sociale, de tout organisme assurant la gestion des prestations sociales ou de tout organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice des	article jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois. Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale. Vaut également justification du lien entre l'exposition à l'amiante et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés aux quatrième et cinquième alinéas du présent III, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision. Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles. Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel. Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical. III bis. - Les droits à l'indemnisation des préjudices mentionnés au I se prescrivent par dix ans à compter de la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante. Toutefois, le délai de prescription ne court : 1° Pour l'indemnisation des préjudices résultant de l'aggravation d'une maladie dont un certificat médical a déjà établi le lien avec l'exposition à l'amiante, que de la date du premier certificat médical constatant cette aggravation ; 2° Pour l'indemnisation des ayants droit d'une personne décédée, quand son décès est lié à l'exposition à l'amiante, que de la date du premier certificat médical établissant le lien entre le décès et cette exposition. III bis A.-Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, de toute collectivité publique, de tout organisme de sécurité sociale, de tout organisme assurant la gestion des prestations sociales ou de tout organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice des

informations ou des données à caractère personnel strictement nécessaires pour identifier les éventuels bénéficiaires de la réparation des préjudices définis au I du présent article et pour prendre contact avec eux. Les informations et les données à caractère personnel ainsi recueillies ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles mentionnées au deuxième alinéa du II. Les personnes qui ont connaissance des informations et des données à caractère personnel transmises au fonds sont tenues au secret professionnel. Au moment de la première communication individuelle avec les bénéficiaires mentionnés au premier alinéa du présent III bis A, le fonds les avise de leurs droits d'accès et de rectification ainsi que de leur droit de s'opposer à la poursuite du traitement des données. Lorsque le bénéficiaire exprime son opposition à la poursuite du traitement des données ou lorsque ce traitement révèle que le bénéficiaire n'a pas droit à la réparation des préjudices définis au I, les informations et les données à caractère personnel le concernant sont détruites sans délai. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les conditions d'application du présent III bis A, notamment les informations et les catégories de données recueillies ainsi que leurs modalités de transmission et de conservation. IV. - Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Le fonds présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation. Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime. L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue au V vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable tout autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à l'amiante. V. - Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au premier alinéa du IV ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur. Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives. VI. - Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en	informations ou des données à caractère personnel strictement nécessaires pour identifier les éventuels bénéficiaires de la réparation des préjudices définis au I du présent article et pour prendre contact avec eux. Les informations et les données à caractère personnel ainsi recueillies ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles mentionnées au deuxième alinéa du II. Les personnes qui ont connaissance des informations et des données à caractère personnel transmises au fonds sont tenues au secret professionnel. Au moment de la première communication individuelle avec les bénéficiaires mentionnés au premier alinéa du présent III bis A, le fonds les avise de leurs droits d'accès et de rectification ainsi que de leur droit de s'opposer à la poursuite du traitement des données. Lorsque le bénéficiaire exprime son opposition à la poursuite du traitement des données ou lorsque ce traitement révèle que le bénéficiaire n'a pas droit à la réparation des préjudices définis au I, les informations et les données à caractère personnel le concernant sont détruites sans délai. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les conditions d'application du présent III bis A, notamment les informations et les catégories de données recueillies ainsi que leurs modalités de transmission et de conservation. IV. - Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice, à l'exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles. Le fonds présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation. Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime. L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue au V vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable tout autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à l'amiante. V. - Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au premier alinéa du IV ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur. Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives. VI. - Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les

assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes. Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi. Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive. La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est alors révisée en conséquence. VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement chaque année avant le 1er juillet. VIII. - Paragraphe modificateur. Les dispositions de l'alinéa précédent ne remettent pas en cause la compétence juridictionnelle pour connaître, en appel ou en cassation, des décisions rendues avant la date de publication du décret mentionné au X du présent article par les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale. IX. - Les demandes d'indemnisation des préjudices causés par l'exposition à l'amiante en cours d'instruction devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale à la date de publication du décret mentionné au X sont transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions allouées en application du dernier alinéa de l'article 706-6 du code de procédure pénale sont remboursées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante au fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions. X. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le délai fixé au IV est porté à neuf mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné à l'alinéa précédent. XI. - Le fonds peut gérer, pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, un dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante défini par cette collectivité dans le cadre de ses compétences, dans des conditions fixées par une convention conclue entre le fonds et la Nouvelle-Calédonie.	personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes. Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi. Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive. La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est alors révisée en conséquence. VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement chaque année avant le 1er juillet. VIII. - Paragraphe modificateur. Les dispositions de l'alinéa précédent ne remettent pas en cause la compétence juridictionnelle pour connaître, en appel ou en cassation, des décisions rendues avant la date de publication du décret mentionné au X du présent article par les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale. IX. - Les demandes d'indemnisation des préjudices causés par l'exposition à l'amiante en cours d'instruction devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale à la date de publication du décret mentionné au X sont transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions allouées en application du dernier alinéa de l'article 706-6 du code de procédure pénale sont remboursées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante au fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions. X. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le délai fixé au IV est porté à neuf mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné à l'alinéa précédent. XI. - Le fonds peut gérer, pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, un dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante défini par cette collectivité dans le cadre de ses compétences, dans des conditions fixées par une convention conclue entre le fonds et la Nouvelle-Calédonie.

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

La reconnaissance des maladies professionnelles (MP) repose sur deux systèmes : un système dit « principal » fondé sur les tableaux de maladies professionnelles (TMP) auxquels est attaché le principe de présomption d'origine professionnelle, ainsi qu'un système dit « complémentaire » fondé sur un examen individuel par les comités régionaux de reconnaissance de maladies professionnelles (CRRMP) des dossiers ne remplissant pas les conditions prévues par les tableaux ou ne relevant pas d'un tableau.

Les faiblesses de ce système sont régulièrement mises en évidence, notamment par la commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP. Depuis 1997, un versement annuel de la branche AT MP vers la branche maladie est prévu pour compenser les dépenses liées à des sinistres ou des pathologies d'origine professionnelle non déclarés comme tels, et indument pris en charge par la branche maladie. Dans son dernier rapport, en 2024, elle a estimé le coût de la sous-déclaration entre 2 et 3,8 Md€, dont les MP représentent entre 94 et 97% du coût total. La LFSS pour 2025 a inscrit le transfert à un montant de 1,6 Md€, contre 1,2 Md€ en 2023 et 2024. Une montée en charge progressive est prévue pour atteindre 2 Md€ en PLFSS 2027.

Pour améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles, cette commission préconise de « *modifier l'objectivation des pathologies à travers les examens diagnostics des tableaux de maladies professionnelles (...)* », pour que la maladie puisse désormais être « *confirmée par les examens recommandés par les sociétés savantes ou la HAS au moment du diagnostic* ». Elle a également recommandé de « *lancer une réflexion autour de la procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles et le fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles* ».

La mesure s'articule autour d'un aménagement des conditions de mise en œuvre du système principal et d'une refonte de la procédure du système complémentaire.

Système principal reposant sur la complétude des conditions des tableaux de maladies professionnelles

Conformément à l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale (CSS) : « *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* ».

Chaque tableau de maladie professionnelle comporte trois colonnes :

- Une première colonne relative à la désignation des maladies dans laquelle sont énumérés les symptômes ou lésions pathologiques que doit présenter l'assuré ;
- Une deuxième colonne relative au délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque et la constatation de l'affection et éventuellement en ajoutant une durée minimum d'exposition ;
- Une troisième colonne relative aux travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause (liste limitative ou indicative).

Cet article ne prévoit pas que les conditions de diagnostic de la maladie soient inscrites dans un tableau pour retenir la caractérisation d'une maladie professionnelle. Pour autant, certains tableaux prévoient des examens précisément définis pour confirmer le diagnostic clinique.

A titre d'exemples, les tableaux suivants du régime général comportent des modalités diagnostiques qui posent fréquemment des difficultés en matière de reconnaissance de maladies professionnelles : n° 57 « *affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail* », n° 69 « *affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes* ».

Or, il apparaît que **certaines examens actuellement visés peuvent être difficilement accessibles sur certaines parties du territoire, ou sont devenus obsolètes, inadaptés voire contre-indiqués dans certains cas**. C'est une source de complexité et un obstacle à l'accès aux droits des victimes de maladies professionnelles. C'est également une source de contentieux pour les caisses de sécurité sociale. En effet, d'une part, les employeurs peuvent engager des recours contre des décisions de reconnaissance prises sur la base d'un examen médical non prévu dans des tableaux. D'autre part, les victimes dont le dossier a été administrativement rejeté pour défaut de diagnostic au titre du système principal de l'alinéa 5 de l'article L. 461-1 du CSS ne peuvent demander un examen par un CRRMP, et contestent donc ce refus.

Système complémentaire (CRRMP)

La procédure de reconnaissance des maladies professionnelles s'articule pour le système complémentaire autour des comités régionaux de reconnaissance de maladies professionnelles (CRRMP). Ils sont composés de trois médecins : un professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) ou un PH compétent en matière de pathologies professionnelles, un médecin conseil et un médecin inspecteur du travail qui, en cas d'indisponibilité, peut être remplacé par un médecin du travail.

Ces comités interviennent en première intention lorsque les conditions des tableaux ne sont pas remplies (alinéa 6 de l'article L. 461-1) ou pour les maladies dites « hors tableaux » (alinéa 7 du même article) ou, sur demande du juge, lorsque l'assuré ou l'employeur conteste judiciairement la décision initiale de la caisse.

Pour les pathologies visées à l'alinéa 6 de l'article L. 461-1 du CSS, le décret du 16 mars 2022 relatif à la composition et au fonctionnement des CRRMP a permis au CRRMP de se réunir à deux membres (le PU-PH/PH et le médecin-conseil uniquement) au lieu de trois.

Malgré cette réforme, cette procédure se heurte notamment à la hausse continue du nombre de dossiers à instruire par les CRRMP avec des impacts sur les délais de traitement des dossiers par les CRRMP, particulièrement depuis la crise sanitaire, ainsi qu'à la difficulté de recrutement des médecins.

En l'espace d'une quinzaine d'années, le nombre de dossiers est passé de 13 000 en 2010 à environ 30 000 en 2024. La hausse est particulièrement significative pour les dossiers en alinéa 7, les plus complexes, qui représentent désormais plus d'un tiers des dossiers examinés (36% en 2024), contre moins de 7% en 2010. La plupart de ces dossiers sont liés à des troubles psychosociaux. Cette hausse du nombre de dossiers examinés se répercute inévitablement sur les délais de traitement par les CRRMP.

Pour les dossiers « en alinéa 6 et 7 » en premier ressort, ces derniers sont encadrés au niveau réglementaire, la caisse devant statuer dans un délai de 120 jours à compter de la saisine d'un CRRMP, en vertu de l'article R. 461-10 du code de la sécurité sociale. Les délais moyens sont globalement respectés en premier ressort, même s'ils sont plus rapides quand la maladie est désignée dans un tableau « – en alinéa 6 – qu'en alinéa 7 ». En revanche, il n'est prévu aucun délai réglementaire pour les avis rendus par les CRRMP sur saisine du juge dans le cadre des contentieux portant sur la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie relevant du système complémentaire de reconnaissance (article R.142-17-2 du CSS).

Les délais moyens de traitement se sont considérablement allongés ces dernières années, notamment durant la crise sanitaire. Grâce à la mise en place de dispositifs d'entraide entre CRRMP et le recours à des médecins-retraités permis par le décret du 16 mars 2022, ainsi que des opérations de déstockage, la situation s'est améliorée. Ainsi, la part des avis « contentieux » rendus par les CRRMP a doublé entre 2022 et 2023 (7% en 2022, 14% en 2023). En 2024, 3 482 avis ont été rendus par les CRRMP sur saisine du juge, soit 11% des avis rendus.

Cependant, la situation reste fragile, ces mesures conjoncturelles ne pouvant résoudre les problématiques structurelles que la présente mesure propose de corriger en recentrant l'intervention des CRRMP sur les seuls dossiers les plus complexes (alinéa 7 de l'article L. 461-1 du CSS).

b) Mesure proposée

Pour le système principal, il est proposé de renvoyer la fixation des modalités générales d'établissement du diagnostic d'une maladie à un décret en Conseil d'Etat. Ce dernier, qui devra entrer en vigueur avant le 30 septembre 2026, aura vocation à préciser que les maladies professionnelles sont, lorsque cela s'avère nécessaire, diagnostiquées par des examens conformes aux données acquises de la science, au regard des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou, à défaut, des sociétés savantes. Cette norme législative constitue une mesure d'effectivité du droit des assurés et de bonne administration. Le décret en Conseil d'Etat s'imposera aux décrets simples fixant les tableaux de maladies professionnelles et nécessitera ainsi le toilettage de ceux prévoyant actuellement des examens diagnostiques.

Cette formule envisagée au sein du décret en Conseil d'Etat doit permettre d'améliorer la reconnaissance des MP des assurés tout en assurant leur sécurité et l'utilisation des examens pertinents vis-à-vis du diagnostic recherché, car faisant état de consensus médicaux. En effet, les référentiels de bonne pratique sont constamment actualisés en fonction de l'évolution des connaissances. Chaque société savante définit les bonnes pratiques médicales de sa discipline et les actualise régulièrement. Certaines, en raison de leur portée interdisciplinaire, sont formalisées en conférences de consensus par la Haute Autorité de Santé. Par conséquent, les bonnes pratiques résultent d'une convergence de points de vue des autorités scientifiques expertes (sociétés savantes) sur ladite pathologie à un instant donné.

Ainsi, cette mention dans le décret en Conseil d'Etat par renvoi de la loi permettrait notamment une conformité des examens diagnostiques aux recommandations HAS et des sociétés savantes en vigueur. Elle ne fige pas au niveau du décret simple les examens à réaliser, qui devront tenir compte de l'évolution des pratiques médicales. Enfin, elle permettrait une souplesse aux recommandations des futures recommandations de la HAS ou des sociétés savantes qui pourraient être faites.

Par ailleurs, la rédaction qui est proposée reprend la jurisprudence de la Cour de cassation (Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 25 janvier 2017, 15-27.505 15-29.189). L'ajout de cette mention dans la loi constituerait donc une réelle avancée pour les victimes de maladies professionnelles en permettant l'adaptation des modalités de reconnaissance de ces pathologies aux progrès techniques et scientifiques.

Pour le système complémentaire, en premier ressort, les dossiers en alinéa 6, c'est-à-dire quand la pathologie ne remplit pas les conditions prévues par un tableau de maladie professionnelle, seront examinés par des médecins-conseil du service médical de l'assurance maladie. Le cas échéant, ces derniers pourront solliciter l'avis d'un médecin du travail ou d'un ingénieur-conseil, qui devra être rendu avant l'issue d'un délai fixé par voie réglementaire.

Le CRRMP sera maintenu dans sa composition actuelle pour les dossiers « en alinéa 7 », plus complexes. Les assurés demandant la reconnaissance de leur pathologie quand elle ne fait pas partie d'un tableau, par exemple les personnes subissant un trouble psycho-social lié au travail, bénéficieront donc de délais réduits, dans la mesure où les CRRMP se prononceront sur un nombre de dossiers moins important.

Les conséquences de cette mesure sur la phase précontentieuse et contentieuse de la reconnaissance de maladie professionnelle seront précisées au niveau réglementaire. En phase précontentieuse, pour les dossiers en alinéa 6 et 7, la commission de recours amiable (CRA) devra obligatoirement saisir un comité national de reconnaissance de maladie professionnelle (CNRMP). La création de cette instance permettra d'apporter une expertise médicale en pré-contentieux de manière à rendre plus effective cette phase amiable. Le choix de la centralisation permettra d'homogénéiser les décisions de reconnaissance. Cela constituerait un gain pour les assurés, qui bénéficieront d'un précontentieux accessible avec un avis rapide et n'auront plus à contester devant le tribunal judiciaire pour obtenir une seconde expertise médicale. La mesure contribuera également à désengorger les tribunaux.

Enfin, en phase contentieuse, la saisine d'un nouveau CRRMP par le juge deviendrait facultative. Le juge aura donc le choix, soit de s'appuyer sur les avis préalablement rendus (avis de médecins conseils « en alinéa 6 », du CRRMP « en alinéa 7 », avis du CNRMP lors du recours amiable au titre des alinéas 6 ou 7 de l'article L. 461-1 du CSS), soit de saisir le CNRMP (qui se réunira dans une formation différente).

c) Autres options possibles

Concernant le système principal, une autre solution aurait été de modifier par décret chaque tableau de maladie professionnelle non conforme aux données acquises de la science, au regard des recommandations de la HAS et des sociétés savantes. Toutefois, jusqu'à présent, l'article L. 461-1 du CSS ne prévoit pas que les tableaux doivent préciser les modalités diagnostiques. Il est donc préférable d'apporter cette précision au niveau de la loi, afin de mieux encadrer le pouvoir réglementaire lors de la modification ou de la création ultérieure de nouveaux tableaux.

Concernant le système complémentaire, trois autres pistes ont été envisagées :

- La création de CRMP nationaux spécialisés par pathologie : cette solution permettrait d'harmoniser les avis rendus. En revanche, cette option n'aurait aucun impact sur le nombre de dossiers traités par les CRRMP. De plus, confier l'ensemble des dossiers liés à une pathologie à un seul CRMP spécialisé pourrait entraîner une forte variation du taux de reconnaissance selon les profils de ses membres.
- L'instruction des dossiers « en alinéa 7 » par le service médical de la CNAM, en réservant aux CRRMP dans leur format actuel le traitement des dossiers en précontentieux : cette solution alignerait le traitement des dossiers « en alinéas 6 et 7 » et permettrait un allègement conséquent du nombre de dossiers traités par les CRRMP. Toutefois, les dossiers relevant de l'alinéa 7 de l'article L. 461-1 du CSS sont plus complexes. Il s'agit d'identifier un lien direct et essentiel entre les pathologies, la plupart étant des troubles psychosociaux, et le travail. Par ailleurs, les dossiers relevant de l'alinéa 6 de l'article L. 461-1 du CSS concernent majoritairement le non-respect d'un ou plusieurs critères d'un tableau sur les troubles musculosquelettiques (TMP n° 57 notamment). Il a donc été décidé une solution hybride en maintenant la comitologie actuelle pour les dossiers « en alinéa 7 ».
- Attribuer le pré-contentieux de la reconnaissance des maladies professionnelles aux commissions médicales de recours amiable (CMRA) : en AT-MP, la CMRA examine les recours concernant la durée des arrêts, le taux d'incapacité permanente, la date de consolidation, le désaccord sur le diagnostic, les conditions médicales du tableau non remplies, la date de première constatation médicale, le seuil d'incapacité à 25 %. Elle est composée d'un praticien-conseil et d'un médecin spécialiste ou compétent dans pour le litige inscrit sur la liste des experts judiciaires (art. R. 142-8-1 du CSS). Contrairement à un CRRMP, la CMRA ne dispose pas de médecin du travail ou de PU-PH. Les CMRA font également face à des problématiques d'engorgement depuis leur création. En adossant le CNRMP aux CRA, l'expertise propre des comités sur les dossiers de reconnaissance de MP est maintenue, tout comme l'attribution actuelle des dossiers, ce qui évitera de mettre en difficulté les CMRA.

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

La mesure génère globalement un surcoût de dépenses supplémentaires liées à la prise en charge des maladies faisant actuellement l'objet de décision de rejet, d'autant que le coût de réparation d'une maladie professionnelle est plus élevé que celui d'une maladie d'origine non professionnelle.

La mesure ayant un effet sur les dépenses de la branche AT-MP du régime général, ainsi que sur celles des régimes agricoles (salariés et non-salariés agricoles) et des régimes spéciaux, elle a sa place en LFSS conformément aux dispositions du 1° de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure, qui n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Le texte sera codifié au sein 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	Applicable
Mayotte	Applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Pour le système principal, sur la base des dossiers faisant actuellement l'objet de décisions de rejet pour défaut de diagnostic au titre du tableau n°57 du régime général (80% des MP en premier règlement en 2023), une augmentation prévisible d'au moins 18,7 M€ peut être anticipée.

En outre, pourraient venir augmenter cette dépense, dans des proportions difficiles à évaluer, les dossiers actuellement rejetés pour défaut de diagnostic mais non contestés, ainsi que le dépôt de davantage de demandes de reconnaissance.

Pour la mesure de réforme du système complémentaire, selon la CNAM, cette mesure permet un gain sur les frais de gestion administrative d'environ 1,7 M€.

L'impact financier global est donc une dépense supplémentaire de 17 M€ (= 18,7 M - 1,75 M).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
ROBSS					
- Maladie					
- AT-MP			-17	-17	-17
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

La mesure devrait conduire à une augmentation du nombre de reconnaissance de maladies professionnelles, et donc à une hausse des coûts moyens au sein des entreprises.

b) impacts sociaux

La mesure vise à faciliter l'accès à la reconnaissance de maladie professionnelle tout en améliorant le processus administratif d'examen des dossiers.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Les victimes de maladie professionnelle peuvent connaître une situation de handicap. Aussi, l'amélioration de l'accès à la reconnaissance de l'origine professionnelle de leur maladie aura un effet positif pour les victimes.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

Sans objet.

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

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

La mesure permettra un allègement des contraintes administratives pesant sur les assurés dans le processus de reconnaissance de maladie professionnelle, et est de nature à diminuer les procédures contentieuses.

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

En 2022, plus de 30 300 dossiers ont été examinés par les CRRMP, dont 23 000 « en alinéa 6 » et 7 350 « en alinéa 7 ». Parmi ces dossiers, plus de 2 000 dossiers ont été traités en phase contentieuse après saisine du juge judiciaire, dont 1 580 « en alinéa 6 » et 500 « en alinéa 7 ». La mesure baisserait significativement le nombre de dossiers examinés par les CRRMP.

En premier ressort, le nombre total d'avis demandés aux CRRMP serait divisé par 4. Il passerait à 6 850, soit l'ensemble des dossiers examinés au titre de l'alinéa 7 de l'article L. 461-1 du CSS, contre 28 240 à droit constant. Ainsi, 21 400 avis seraient désormais supervisés par les médecins conseil du service médical de l'assurance maladie au titre de l'alinéa 6 de l'article L. 461-1 du CSS.

L'organisation de la phase précontentieuse sera renvoyée par décret. Cette phase devrait permettre une diminution de la judiciarisation des demandes de reconnaissance. Ainsi, la CNAM estime le nombre de dossiers examinés par le CNRMP saisi par la commission de recours amiable (CRA) aux environ de 3 120 dossiers par an. Parmi ces dossiers, selon la CNAM, au regard des taux de contestations connus, de l'ordre de 1 000 ne seront pas contestés et ne seront donc plus examinés par les tribunaux.

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

La réforme de la procédure complémentaire permettra un gain estimé de 26 ETP dans les caisses de sécurité sociale.

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

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

Quatre textes d'application sont nécessaires :

- Un décret en Conseil d'Etat précisant les modalités générales d'établissement du diagnostic d'une maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles ;
- Un décret en Conseil d'Etat portant sur la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles et le précontentieux de la reconnaissance des maladies professionnelles ;
- Un décret simple portant sur les modalités d'organisation des CRRMP.
- Un décret simple de toilettage des tableaux de maladies professionnelles comportant des modalités diagnostiques.

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

Le délai d'entrée en vigueur de la loi vise la publication des textes d'application et la pleine association des partenaires sociaux à l'élaboration de ces derniers.

Une information des assurés sera assurée par les sites internet des régimes.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés par la CNAM de ces informations.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre sera effectué statistiquement par la CNAM (direction des risques professionnels).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 461-1 du code la sécurité sociale avant modification	Article L. 461-1 du code la sécurité sociale après modification
Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident : 1° La date de la première constatation médicale de la maladie ; 2° Lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 461-5 ; 3° Pour l'application des règles de prescription de l'article L. 431-2, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé. Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1. Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux septième et avant-dernier alinéas du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire.	Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident : 1° La date de la première constatation médicale de la maladie ; 2° Lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 461-5 ; 3° Pour l'application des règles de prescription de l'article L. 431-2, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles, et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités générales d'établissement du diagnostic de ces maladies. Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle, après avis de médecins-conseils recueilli dans des conditions fixées par décret, lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Leur avis s'impose à la caisse. Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente professionnelle d'un taux évalué dans les conditions mentionnées ~~à l'article L. 434-2~~ au deuxième alinéa de l'article L. 434-1-A et au moins égal à un pourcentage déterminé. Dans ~~les cas mentionnés aux deux alinéas précédents~~ le cas mentionné au septième alinéa, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1. Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux septième et avant-dernier alinéas

	du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire.

Article 40 – Étendre le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1er janvier 2026 à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

A compter du 1^{er} janvier 2022 (art. 98 de la LFSS pour 2022), les ayants droit (c'est à dire le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, les enfants ou les ascendants) des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole, des aides familiaux, des associés d'exploitation, ainsi que des collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole décédés lorsque le décès fait suite à une maladie, un accident de la vie privée ou un suicide pour un non-salarié en activité ont pu bénéficier d'un capital décès à l'instar de ce qui existe chez les salariés. Par conséquent, le versement du capital décès ne s'applique pas lorsque les assurés décédés sont titulaires d'une rente AT-MP, contrairement à ce qui est prévu pour les salariés agricoles et ceux du régime général.

Cette mesure répondait ainsi à un engagement du plan gouvernemental d'accompagnement des agriculteurs en détresse et de prévention du suicide, visant à permettre à la MSA de mettre en œuvre un véritable soutien financier lors du suicide du chef d'exploitation ou d'un membre de la famille travaillant sur l'exploitation. Néanmoins, elle a eu pour effet de limiter l'accès au capital décès des ayants droit des non-salariés agricole aux seules situations de décès dus à une cause non professionnelle.

A cet égard, il existe une différence de traitement entre les ayants droit des salariés et ceux des non-salariés agricoles. Lorsqu'ils sont confrontés à un décès faisant suite à un AT-MP, ces derniers perçoivent en effet, au même titre que les salariés, une rente ou une indemnité forfaitaire pour compenser les frais funéraires mais, contrairement aux salariés, ils ne sont pas éligibles au capital décès.

Par ailleurs, les ayants droit des travailleurs indépendants non agricoles ont aussi droit à un capital décès, sans distinction selon la cause du décès (donc, y compris en cas de décès lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle), dans le cadre de leur régime d'assurance invalidité-décès. Ainsi, une différence de traitement existe aussi aujourd'hui entre ces ayants droit et ceux des non-salariés agricoles.

b) Mesure proposée

Afin de supprimer cette différence de traitement entre les ayants droit des salariés et ceux des non-salariés agricoles lorsqu'ils sont confrontés à un décès faisant suite à un AT-MP, il est proposé de créer une prestation de capital décès dans le régime des non-salariés agricoles en cas d'AT-MP afin d'améliorer l'aide apportée aux familles des non-salariés agricoles confrontées au deuil dans le cadre professionnel. Les familles concernées doivent en effet pouvoir bénéficier d'une prestation destinée à compenser *a minima* les coûts immédiats liés au décès dans le cadre professionnel, dont font partie les frais d'obsèques qui ne sont pas différenciés en fonction du régime de protection sociale du défunt.

Il apparaît nécessaire de compléter l'article L. 732-9-1 du CRPM, dans le prolongement de l'évolution instaurée par la LFSS pour 2022 pour les non-salariés agricoles, afin d'ajouter une disposition prévoyant d'inclure les ayants droits des non-salariés agricoles décédés à la suite d'un AT-MP dans le dispositif du capital décès.

Cette mesure permet une harmonisation entre les ayants droit des salariés agricoles et non agricoles et des travailleurs indépendants non agricoles et ceux des non-salariés agricoles. Quelle que soit la cause du décès (maladie, accident de la vie privée, suicide et, désormais, AT-MP), les ayants droit des non-salariés agricoles pourront ainsi bénéficier du capital décès.

Cette mesure serait applicable aux décès survenant à compter du 1^{er} janvier 2026.

c) Autres options possibles

Une option aurait consisté à ne proposer qu'une revalorisation de la prise en charge des frais funéraires qui est mise en œuvre dans le cadre du régime des accidents du travail-maladies professionnelles des non-salariés agricoles (ATEXA) lorsque le décès est consécutif à un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Cette option présente toutefois l'inconvénient d'être très en retrait du soutien financier attribué aux familles des salariés agricoles et des travailleurs indépendants se trouvant dans la même situation et, de fait, ne s'inscrivent pas dans une démarche d'équité et d'harmonisation avec ces autres assurés.

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

La mesure a un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur les dépenses de la branche maladie du régime agricole justifie sa place au sein de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions de l'article LO. 111-3-8 du code de sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Le conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) a été saisi pour avis de l'ensemble du projet du Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...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

Les dispositions de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime (partie législative) doivent être modifiés.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier du versement d'un capital décès aux ayants droits des assurés actifs dont le décès est consécutif à un AT-MP est calculé en partant des hypothèses suivantes :

Ces chiffres se limitent au recensement des décès à la suite d'un AT (AT proprement dit ou accident de trajet), en effet, la CCMSA n'a pas de données fiables et exhaustives sur les décès liés à une maladie professionnelle (notamment du fait au laps de temps assez long entre la reconnaissance de la MP et le décès de la personne).

Ainsi, considérant qu'en 2023, 105 non-salariés agricoles en activité sont décédés consécutivement à un accident du travail dont 5 % de femmes. Sur les 5 dernières années, la proportion de femmes décédées est de 7 % en moyenne.

Le montant forfaitaire du capital décès actuellement versé aux non-salariés agricoles en cas de maladie ou d'accident de la vie privée au 1^{er} avril 2025 est de 3 977 euros.

En prenant comme hypothèse la stabilité du nombre de décédées sur les prochaines années à une centaine de personnes, l'impact financier du bénéfice du capital décès aux ayants droit serait (hypothèse de revalorisation DSS : 1,038) :

En 2026 : 100 personnes x 3 977 € x 1,014 = 403 000 €

En 2027 : 409 000 €

En 2028 : 416 000 €

En 2029 : 423 000 €

L'instauration d'un capital décès au profit des ayants droit des non-salariés agricoles va se traduire par une charge qui sera financée sans augmentation de la cotisation.

Organismes impactés (Régime, branche, fonds)	Impact financier ¹ en droits constatés (en M€ courants)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
ROBSS					
- Maladie		-0,4 M€	-0,4 M€	-0,4 M€	-0,4 M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

2.

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

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

• Impact sur les jeunes

Sans objet

¹ L'effet nul sur le régime des non-salariés agricoles en 2026 et 2027 est lié à une application différée de la réforme, d'où une forte hausse des coûts en 2028, lorsque le système d'information permettra de recalculer les pensions.

- **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

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

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

Aucune démarche supplémentaire ne sera supportée par les bénéficiaires potentiels.

Afin de simplifier les démarches et d'améliorer l'accès aux droits, un courrier d'information, ainsi qu'une attestation seront adressés par les caisses de MSA aux ayants droit des NSA victimes d'un AT-MP, dès connaissance de leur décès.

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

L'applicatif informatique existant de la MSA sera adapté pour permettre le versement du capital décès aux ayants droit d'un assuré décédé à la suite d'un AT-MP.

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.

Des dispositions réglementaires seront nécessaires pour définir les modalités d'octroi du capital décès (conditions, délais, démarches), pour les décès qui surviendront à compter du 1er janvier 2026.

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 de mesures transitoires. Il est par ailleurs prévu que ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026, dans la mesure où des textes réglementaires d'application sont nécessaires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera donnée par les caisses de la Mutualité Sociale Agricole notamment sur le site internet de la CCMSA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre de cette mesure sera assuré par la CCMSA dans le cadre de sa mission statistique prévue par les articles L. 723-11 et suivants du code rural et de la pêche maritime.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L732-9-1 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L732-9-1 du code rural et de la pêche maritime après modification
Il est garanti aux ayants droit des chefs d'exploitation et d'entreprise, des aides familiaux et des 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 dont le présent régime assure la prise en charge des frais de santé le paiement d'un capital décès, égal à un montant forfaitaire déterminé par décret, en cas de décès des assurés mentionnés au présent alinéa ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime des non-salariés agricoles déterminée par décret. Le versement du capital est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai déterminé, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou, à défaut, aux descendants et, dans le cas où le de cujus ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants. Le capital est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement de dettes alimentaires ou le recouvrement du capital indûment versé à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration.	Il est garanti aux ayants droit des chefs d'exploitation et d'entreprise, des aides familiaux et des 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 dont le présent régime assure la prise en charge des frais de santé le paiement d'un capital décès, égal à un montant forfaitaire déterminé par décret, en cas de décès des assurés mentionnés au présent alinéa ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime des non-salariés agricoles déterminée par décret, y compris lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Le versement du capital est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai déterminé, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou, à défaut, aux descendants et, dans le cas où le de cujus ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants. Le capital est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement de dettes alimentaires ou le recouvrement du capital indûment versé à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration.

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

En cas d'impayé de pension alimentaire, l'ARIPA agit pour le compte du parent créancier, en procédant au recouvrement de la créance alimentaire auprès du parent débiteur. Dans ce cas, elle peut également verser au créancier éligible, à titre d'avance, une ASF dite « recouvrable » (ASFR) qui sera recouvrée auprès du débiteur.

Dans tous les cas, le recouvrement amiable précède au recouvrement forcé. Parmi les procédures de recouvrement forcé, le « paiement direct » - qui permet d'obtenir le paiement « directement » auprès d'un tiers (employeur, banque...) qui est lui-même débiteur envers le débiteur - constitue la procédure de recouvrement forcée la plus couramment utilisée par l'ARIPA.

Lorsque la créancière agit seule pour faire recouvrer ses impayés de pension alimentaire, par les voies d'exécution de droit privé, le paiement direct s'applique essentiellement aux termes à échoir et ne permet au particulier de recouvrer des termes échus que dans la limite de 6 mois. Cette procédure a été adaptée depuis la mise en place de l'intermédiation financière des pensions alimentaires (IFPA) pour permettre également aux CAF et CMSA de recourir à la procédure de paiement direct dès lors qu'elles agissent pour le compte d'un créancier – ou qu'elle est subrogée dans ses droits, via le versement de l'ASFR. La loi dispose que la procédure de paiement direct peut s'appliquer aux termes échus dans la limite de deux ans à compter de la notification au tiers. Cette durée est décomptée à partir de la première manifestation du créancier.

Il faut ainsi distinguer les différents délais qui s'appliquent à l'ARIPA en matière de recouvrement des pensions :

- En cas de versement d'une avance sur créance alimentaire (l'ASFR) à la créancière, de manière rétroactive sur une période limitée à 2 ans compte tenu des règles de prescription applicables aux prestations familiales, l'ARIPA est subrogée dans les droits du parent créancier en application de l'article L.581-2 du code de la sécurité sociale. Il faut distinguer cette ASF-R (prestation familiale) versée au parent créancier et la créance alimentaire « transférée » à l'ARIPA (via le versement de cette prestation) : la créance alimentaire, quant à elle, peut toujours être recouvrée sur les termes échus des cinq dernières années, conformément au délai de droit commun applicable aux créances alimentaires (article 2224 du code civil). L'ARIPA recouvre auprès du débiteur à la fois les montants d'ASFR versés au créancier pour son compte et les éventuels montants supplémentaires qui seront reversés au créancier. Toutefois, la procédure de paiement direct ne permet de recouvrer que 2 ans d'arriérés (article L.213-4 du code des procédures civiles d'exécution) à compter de la notification au tiers. Lorsque ce délai est dépassé, l'ARIPA est souvent contrainte de transférer le recouvrement de cette créance au Trésor public pour la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement public, qui peut engager une gamme plus large de moyens et sur une antériorité plus élevée, à savoir 5 ans conformément au délai de droit commun. En outre, certains événements en cours de procédure de paiement direct (insolvabilité du débiteur, changement de tiers, etc.) se traduisent par une nouvelle procédure, qui font courir un nouveau délai de 24 mois à compter de la notification au tiers et peuvent ainsi conduire à ce que les créances les plus anciennes, même si elles ont été incluses dans la notification initiale, ne soient plus recouvrables par la procédure de paiement direct.
- Si le parent créancier n'est pas éligible à l'ASF et que l'ASFR n'est pas versée, l'ARIPA peut recouvrer, dans la limite des deux dernières années, les arriérés de pensions alimentaires en application de l'article L.581-6 du code de la sécurité sociale (ARPA), qui seront reversés dans leur totalité à la créancière. La créancière est libre de saisir d'autres voies pour le recouvrement de créances antérieures aux deux ans.

Parallèlement, la procédure de recouvrement public – par laquelle les comptables publics sont chargés de recouvrer les sommes pour le compte du créancier¹ ou de l'ARIPA en cas de recouvrement d'ASFR² – permet quant à elle de recouvrer jusqu'à 5 années d'arriérés.

En outre, le délai maximal durant lequel une créance peut être recouvrée via la procédure de paiement direct peut conduire à ce que des créances initialement couvertes par cette procédure ne le soient plus par la suite. Dès lors, plusieurs cas de figure contribuent à des pertes de mensualités de pension alimentaire une fois le paiement direct notifié, notamment :

- le décalage entre, d'une part, la notification de l'état de la dette au débiteur (point de départ de la période de 24 mois) faisant suite à la demande initiale de recouvrement de la part du créancier (concomitant à la demande d'ASF-R) et, d'autre part, la notification de paiement direct au tiers, qui fait courir un nouveau délai de 24 mois : ce décalage correspond en général à deux ou trois mois (l'ARIPA devant notamment essayer d'engager un recouvrement amiable et, en cas d'échec, identifier un tiers détenteur), soit autant de mensualités qui ne pourront pas être recouvrées dans le cadre de la procédure de paiement direct en cours ;
- l'insolvabilité du débiteur en cours de procédure : en l'absence de fonds ou revenus sur lesquels le paiement direct pourrait s'opérer, la procédure de paiement direct est clôturée et, en cas de retour à meilleure fortune, la notification de paiement direct fait courir un nouveau délai de 24 mois. Par conséquent, les impayés antérieurs à

¹ Loi n° 75-618 du 11 juillet 1975

² Loi n° 80-1055 du 23 décembre 1980

ces 24 mois qui n'ont pas pu être recouverts à la suite de la première notification de paiement direct ne pourront pas être recouverts dans le cadre de la nouvelle procédure de paiement direct ;

- ou encore un changement de tiers (employeur, banque...), qui oblige l'ARIPA à clôturer la procédure et faire courir un nouveau délai de 24 mois une fois le nouveau tiers identifié et la procédure de paiement direct notifiée à ce tiers, conduisant à l'impossibilité de recourir au paiement direct pour les mensualités les plus anciennes du fait du délai de mise en place de la procédure auprès de ce nouveau tiers.

Les mensualités impayées sont actuellement recouvrées dans le cadre d'une autre procédure (saisie sur rémunération ou recouvrement public). Ce processus est lourd et source de complexité tant pour les comptables publics que pour l'ARIPA, qui est contrainte de recourir à deux ou plusieurs procédures de recouvrement forcé distinctes au lieu d'une seule et ce, avec l'intervention de partenaires tiers. Ces bascules en recouvrement public sont également source de charge accrue et de lourdeur en gestion pour la direction générale des finances publiques (DGFIP) et les préfetures et ce, pour des montants recouverts en faible proportion par rapport aux enjeux de recouvrement globaux des comptables publics.

b) Mesure proposée

La mesure vise à aligner le périmètre du paiement direct exercé par l'ARIPA avec le délai légal de prescription applicable aux créances alimentaires conformément à l'article 2244 du code civil, à savoir 5 ans. Elle poursuit en ce sens un double objectif :

- Permettre à l'ARIPA de recouvrer des sommes pour lesquelles la procédure de paiement direct est aujourd'hui abandonnée du fait du délai maximal de 2 ans propre à cette procédure, notamment des sommes pour lesquelles, une fois l'ASF versée au parent créancier, l'ARIPA procède au recouvrement de ces avances de créance (ASF) auprès du débiteur (soit des situations dans lesquelles l'ARIPA est « subrogée dans les droits du créancier ») ;
- Harmoniser les procédures de recouvrement, en évitant la bascule en procédure de recouvrement public pour les sommes pour lesquelles le paiement direct ne peut plus être appliqué, dans l'objectif d'une part de réduire les charges de préparation et de transmission des dossiers dont le paiement direct n'a pas abouti aux partenaires, notamment comptables publics, et d'autre part de réduire les charges inhérentes au recouvrement public effectué par les partenaires (DGFIP, préfetures), et de coordination et de suivi par l'ARIPA.

L'objectif d'harmonisation des procédures de recouvrement conduira également à augmenter, par décret, le nombre de maximal de termes échus recouvrables dans le cadre de la procédure amiable.

c) Autres options possibles

L'antériorité des dettes de pensions alimentaires étant majoritairement inférieure à 5 ans, notamment depuis la systématisation de l'intermédiation financière, une alternative aurait consisté à étendre la possibilité de récupérer les termes échus dans le cadre de procédure de paiement direct à 36 mois. Cette option ne répond toutefois pas à la volonté d'harmoniser les procédures de recouvrement exercées par l'ARIPA avec le recouvrement public, et créerait un nouveau délai qui n'est pas gage de réduction des actions en recouvrement public. Or, ces actions en recouvrement public sont source de charge accrue et de lourdeur en gestion pour l'ARIPA, la DGFIP et les préfetures et ce, pour des montants recouverts en faible proportion par rapport aux enjeux de recouvrement globaux des comptables publics. Retenir une durée de 5 ans, en cohérence avec le délai de prescription du droit propre aux créances alimentaires, permettrait donc de donner à l'ARIPA les moyens de recouvrer plus efficacement.

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

Cette mesure a sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application du b) du 1^{er} de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale en tant qu'elle a un effet sur le recouvrement auprès des débiteurs des montants d'ASF versés à titre d'avance aux parents créanciers. Le recouvrement de telles créances supplémentaires étant comptabilisé comme un produit par la branche famille, la mesure a donc un effet sur les recettes de la branche.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure proposée implique de modifier les articles L.213-4 du code des procédures civiles d'exécution et L.581-6 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 non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable conformément au 14 ^{bis} de l'article 11 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
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'ARIPA affiche aujourd'hui un taux de recouvrement de près de 80%, principalement les procédures de paiement direct. La part des créances non recouvrées par cette voie peuvent ensuite être recouvrées par la voie du « recouvrement public », dont le taux de recouvrement est d'environ 15%. La disposition proposée devrait permettre d'accroître le taux de recouvrement de l'ARIPA et donc le niveau global de recouvrement des créances.

Pour analyser l'impact financier de la mesure sur les finances sociales, il faut mesurer la part de montants d'A SFR « perdus » du fait de la règle d'antériorité maximale de vingt-quatre mois pour la procédure de paiement direct, en particulier le délai entre le versement de l'ASFR et la notification du paiement direct, d'environ trois mois.

Au total, l'ARIPA enregistre 8 000 procédures de paiement direct par mois avec versement de l'ASFR. 30% d'entre elles portent sur un volume d'arriérés supérieur ou égal à 24 mois – soit les procédures sur lesquelles la mesure aura un impact.

Comme évoqué, le délai moyen entre la date de versement de l'ASFR et la notification de mise en œuvre du paiement direct est estimé à trois mois – c'est-à-dire, trois mois qui ne pourront être pris en compte dans les termes recouverts par la procédure de paiement direct. Au total, il est ainsi estimé que 1,44 M€ d'ASFR ne peuvent être recouverts selon cette procédure chaque mois, soit environ 17 M€ par an. Même si une partie est *in fine* recouvrée via la procédure de recouvrement public, celle-ci reste, en tout état de cause, moins performante que la procédure de paiement direct.

En outre, ce montant ne tient compte que des pertes induites par le délai entre le versement de l'ASFR et la notification de paiement direct (trois mois) : les montants « perdus » par la procédure de paiement direct au titre des autres événements en cours de procédure (insolvabilité du débiteur, changement de tiers), évoqués ci-dessus, devraient y être ajoutés mais ces montants n'ont pas pu être chiffrés par l'Agence.

Au total, de façon conventionnelle, il est proposé de ramener le montant qui pourra être recouvré par les nouveaux délais de la procédure de paiement direct à 15 M€ par an, ce qui constitue une économie pérenne annuelle.

En outre, à ce jour, l'ARIPA a comptabilisé 63 M€ d'avances d'ASFR au titre des créances douteuses, c'est-à-dire supérieures à 2 ans, et le recouvrement de ces sommes ne pourra donc pas, en l'état actuel de la réglementation, être réalisé dans le cadre d'une procédure de paiement direct. Une partie de cette somme (24 M€) a pu être intégrée dans le recouvrement public (sans certitude de pouvoir être recouvré dans le délai maximal de cinq ans). L'autre partie n'a pas été transmise en recouvrement public, toujours pour les raisons précédemment évoquées. Le différentiel (40 M€), qui constitue une forme de « stock » de créances qui ne peuvent être recouvrées par la procédure de paiement direct, pourrait l'être grâce aux nouveaux délais fixés par la mesure. Ces montants supplémentaires pourraient ainsi s'ajouter à l'économie pérenne durant les premières années de mise en œuvre, sans qu'il soit possible de les chiffrer précisément.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
ROBSS					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille	0	+ 15 M€	+ 15 M€	+ 15 M€	+ 15 M€
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

En permettant à l'ARIPA de recouvrer plus rapidement et efficacement, la mesure garantira les ressources des familles liées aux impayés de pensions alimentaires, notamment les parents créanciers qui ne bénéficient pas de l'ASF et pour le compte desquelles l'ARIPA procède au recouvrement auprès du débiteur. En outre, même si la profondeur des dettes de pensions alimentaires a vocation à diminuer du fait de la systématisation de l'intermédiation financière des pensions alimentaires, l'ARIPA sera en mesure de recouvrer des dettes antérieures à 2 ans, avec un effet direct sur les ressources des créanciers.

b) Impacts sociaux

La mesure constitue une mesure de soutien aux familles fragilisées par une séparation, en optimisant le recouvrement des impayés de pension alimentaire. Il s'agit d'un soutien supplémentaire aux familles monoparentales, qui comptent parmi les publics les plus exposés à la précarité.

• 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

La mesure s'inscrit dans la lutte contre les inégalités économiques qui concernent les parents séparés, la grande majorité des parents créanciers d'une pension alimentaire étant des femmes.

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

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

La mesure permet une meilleure lisibilité de la procédure de recouvrement pour les débiteurs, avec un seul intervenant.

En outre, l'extension de la période recouvrée sur 5 ans et l'adaptation, en conséquence, de l'échéancier de paiement peut permettre au débiteur de s'acquitter avec moins de difficultés, selon sa situation financière, des encours et des arriérés. La mesure contribuerait également à réduire les déclarations de débiteurs hors d'état à recenser et à contrôler par la suite.

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

Pour les services des CAF et des MSA, la mesure simplifiera la gestion des dossiers et réduira les charges de préparation, de transmission, de coordination et de suivi des dossiers dont le paiement direct n'a pas abouti du fait de la prescription biennale, sans modifications du processus métier, ni d'impacts sur les systèmes informatiques.

L'ARIPA estime les gains en gestion à 12 ETP à horizon 2027 pour les agents des CAF (avec une réduction de 3000 procédures en recouvrement public par an), soit un montant proche de 0,5 millions d'euros auquel s'ajoutera un gain en gestion et en ETP pour les comptables publics.

La mesure permettra également de réduire les charges inhérentes au recouvrement public effectué par les partenaires (DGFiP, préfectures).

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

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

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

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

La mesure nécessite de prendre un décret d'application afin de modifier les articles R.213-11 du code des procédures civiles d'exécution (portant sur l'échéancier de paiement dans le cadre du paiement direct et du recouvrement amiable) et le II de l'article R.582-8 CSS du code de la sécurité sociale (portant sur les situations d'impayés à la mise en œuvre de l'intermédiation financière des pensions alimentaires et le recouvrement amiable).

Ces textes pourront être pris au premier semestre de l'année 2026.

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 n'a pas d'impact sur le processus métier et sur les systèmes informatiques et pourra être mise en œuvre dès 2026.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les débiteurs et créanciers seront informés par les voies traditionnelles de notification et d'information prévues dans le cadre des procédures de recouvrement.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les effets de la mesure sur le taux de recouvrement feront l'objet d'un suivi particulier dans le cadre de la remontée mensuelle par l'ARIPA de l'évolution de ce taux et du bilan annuel de son activité. Le suivi des sommes d'ASFR recouvrées fera également l'objet d'une attention particulière via la création d'un indicateur complémentaire à l'indicateur suivi dans le cadre de la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.213-4 du code des procédures civiles d'exécution avant modification	Article L.213-4 du code des procédures civiles d'exécution après modification
La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire. Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de douze mois. Par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de vingt-quatre mois dans des conditions définies par décret en conseil d'Etat.	La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire. Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de douze mois. Par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des ~~vingt-quatre derniers mois~~ cinq dernières années avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de ~~vingt-quatre mois~~ cinq ans dans des conditions définies par décret en conseil d'Etat.
Article L.581-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.581-3 du code de la sécurité sociale après modification
Pour le surplus de la créance, dont le non-paiement a donné lieu au versement de l'allocation de soutien familial, et pour les autres termes à échoir, la demande de ladite allocation emporte mandat du créancier au profit de cet organisme. L'organisme débiteur des prestations familiales a droit, en priorité sur les sommes recouvrées, au montant de celles versées à titre d'avance. Avec l'accord du créancier d'aliments, l'organisme débiteur des prestations familiales poursuit également, lorsqu'elle est afférente aux mêmes périodes, le recouvrement de la créance alimentaire du conjoint, de l'ex-conjoint et des autres enfants du débiteur ainsi que les créances des articles 214, 276 et 342 du code civil.	Pour le surplus de la créance, dont le non-paiement a donné lieu au versement de l'allocation de soutien familial, et pour les autres termes échus et à échoir, la demande de ladite allocation emporte mandat du créancier au profit de cet organisme. L'organisme débiteur des prestations familiales a droit, en priorité sur les sommes recouvrées, au montant de celles versées à titre d'avance. Avec l'accord du créancier d'aliments, l'organisme débiteur des prestations familiales poursuit également, lorsqu'elle est afférente aux mêmes périodes, le recouvrement de la créance alimentaire du conjoint, de l'ex-conjoint et des autres enfants du débiteur ainsi que les créances des articles 214, 276 et 342 du code civil.
Article L.581-6 du code la sécurité sociale avant modification	Article L.581-6 du code la sécurité sociale après modification
Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.	Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, ~~dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement,~~ et des termes à échoir. Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.

Article 42 - Créer un congé supplémentaire de naissance

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Aujourd'hui, à l'arrivée de leur enfant, les parents salariés peuvent bénéficier, selon les cas, soit :

- d'un congé de maternité (article L. 1225-17 du code du travail) : d'une durée de 16 semaines (6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après) pour les mères ayant accouché d'un premier enfant. Sa durée est augmentée en cas de naissance multiple et en fonction du nombre d'enfants à charge. Il ouvre droit aux indemnités journalières au titre du risque maternité sous conditions d'affiliation et d'activité préalables. Sa durée est inchangée depuis 1980.
- d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant (article L. 1225-35 du code du travail) : d'une durée de 25 jours calendaires, pouvant être pris en deux périodes dans une limite de 6 mois après la naissance de l'enfant. Il est ouvert au père biologique, ainsi qu'au conjoint ou à la conjointe vivant avec la mère ayant accouché. Il ouvre droit aux indemnités journalières au titre du risque paternité sous conditions d'affiliation et d'activité préalables.
- d'un congé d'adoption (article L. 1225-37 du code du travail) : ouvert à tout salarié qui s'est vu confier un enfant à l'adoption. Il est d'une durée de 16 semaines qui peut être augmentée en fonction du nombre d'enfants adoptés et si les deux parents prennent le congé. Il ouvre droit aux indemnités journalières au titre du risque maternité ou paternité sous conditions d'affiliation et d'activités préalables.

Les parents exerçant des professions indépendantes (commerçants, artisans, libéraux) peuvent quant à eux bénéficier de ces congés, indemnisés à travers des allocations forfaitaires de repos et indemnités journalières forfaitaires (article L. 623-1 du code de la sécurité sociale), de même que les exploitants agricoles indemnisés par une allocation de remplacement – ou à défaut des indemnités journalières forfaitaires – (articles L. 732-10 et suivants du code rural et de la pêche maritime).

Les règles applicables aux agents de la fonction publique et aux militaires correspondent aux durées et aux modalités prévues par le code du travail, en renvoyant directement à ces dispositions. En revanche, les agents bénéficient alors d'un congé de donnant lieu à un maintien intégral de la rémunération, primes et indemnités comprises. Dans le cas des agents publics contractuels, qui sont affiliés au régime général pour les prestations en espèces, l'employeur complète donc les indemnités journalières de sécurité sociale à hauteur de la rémunération précédente.

Si le congé de maternité permet aux femmes en activité professionnelle de suspendre leur activité pendant au moins 6 semaines avant la date prévisionnelle de leur accouchement et 10 semaines après celui-ci et d'être indemnisées par la sécurité sociale pour compenser leur perte de salaire, il n'en demeure pas moins que sa durée reste plus faible par rapport à celle des autres pays européens.

A titre de comparaison, la durée du congé de maternité est de 18 semaines au Danemark, de 22 semaines en Italie. Au Royaume-Uni, le congé maternité peut aller jusqu'à 52 semaines (dont 13 semaines sans solde). La durée du congé de maternité vient d'être portée à 19 semaines en Espagne.

En France, la durée du congé maternité n'a pas évolué depuis 1980, lorsque le congé avait été porté de 14 à 16 semaines, alors que les recommandations de l'OIT et de l'OMS incitent à l'allonger « à 18 semaines au moins », afin de permettre aux mères de se remettre de l'accouchement et d'éviter un retour au travail trop précoce qui compromet l'allaitement.

Ces recommandations s'inscrivent également dans une perspective de meilleure répartition des tâches entre les mères et les pères et de meilleure inclusion des femmes dans la population active en évitant d'autres types d'absences.

Cette durée a un impact :

- sur la demande de modes de garde, et notamment sur la date moyenne pour le premier mode de garde,
- sur l'éducation des enfants.

Le congé paternité a quant à lui été instauré en 2002, afin de permettre aux pères de s'investir davantage dans la parentalité et de lutter contre les inégalités femmes-hommes, le portant à 25 jours fractionnables depuis 2021. En cas de naissances multiples, le congé est prolongé à 32 jours. L'allongement du congé de paternité et la possibilité de le fractionner en ont favorisé le taux et la durée du recours¹.

L'allongement de la durée du congé de paternité a été récemment recommandé par le rapport d'information parlementaire « Pour une parentalité égalitaire » de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale publié le 24 juin 2025

¹ Si jusqu'en 2021, les pères s'arrêtaient en moyenne 11 jours à l'arrivée de leur enfant, à la suite de la réforme du congé de paternité de 2021, la durée moyenne des congés de paternité atteint 24 jours. En 2023, plus de 60 % des pères prennent l'ensemble des 25 jours prévus et 4 % ont recours uniquement aux 4 jours de congés obligatoires. Les autres recourent à des durées entre 5 et 24 jours. Cela s'est traduit concrètement par une hausse des dépenses en matière d'indemnité journalière paternité avec, entre 2016 et 2023, une hausse de l'IJ moyenne des pères de +9%.

afin de favoriser une répartition équitable des tâches parentales tout en facilitant la récupération de la mère et de permettre au père de disposer de temps seul avec l'enfant. L'objectif est d'éviter l'installation d'une position de « parent auxiliaire » et de mettre en place une dynamique égalitaire dans la répartition des tâches parentales et domestiques.

L'instauration d'un congé venant en supplément de ces congés existants serait dès lors de nature à favoriser l'implication des pères, quelle que soit leur catégorie professionnelle et de ce fait faciliterait le retour à l'emploi des femmes. Cette mesure de période supplémentaire s'ajoutant aux congés maternité/paternité et d'adoption répond aussi aux attentes des parents, qui sont de plus en plus nombreux à considérer que la garde par les parents est le meilleur mode de garde dans les six premiers mois de l'enfant (de 76 % en 2015 à 87 % en 2019 selon une enquête de la CNAF).

Des mesures sont donc envisagées aujourd'hui pour permettre aux parents de bénéficier d'un congé supplémentaire de naissance.

b) Mesure proposée

La mesure consiste à permettre à chacun des deux parents de bénéficier d'un **congé supplémentaire de naissance** d'une allant jusqu'à 2 mois s'ajoutant à leurs droits à congé de maternité, à congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou à congé d'adoption afin de favoriser la conciliation des temps de vie parentaux et professionnels, de permettre la garde des nourrissons par leurs parents et de favoriser le partage des tâches parentales entre femmes et hommes dès l'arrivée de leur enfant. Ce droit à congé bénéficiera à l'ensemble des assurés actifs répondant aux conditions d'ouverture de droit et d'affiliation des congés préexistants, à la suite d'une naissance ou de l'accueil d'un enfant au foyer : **salariés, indépendants, non-salariés agricoles, fonctionnaires, militaires, agents contractuels de droit public, assurés des régimes spéciaux.**

Pour les salariés, **l'indemnisation sera dégressive, soit un premier mois indemnisé à 70% du salaire net antérieur et un deuxième mois indemnisé à 60% du salaire net antérieur.** Il en irait de même pour les agents relevant de la fonction publique, pour lesquels ce congé supplémentaire donnera lieu au maintien d'une même fraction du traitement et des primes, le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence étant maintenues à 100%. Pour ces publics, la fixation d'un niveau d'indemnisation à 70% du revenu antérieur le premier mois, puis à 60% du revenu antérieur le 2ème mois, sera de nature à inciter chacun des parents à solliciter au moins le premier mois de congé.

Pour les indépendants, l'indemnité journalière forfaitaire sera soumise à un abattement dans les mêmes proportions que celui appliqué pour les salariés, suivant la même logique incitative pour le deuxième parent. Il est proposé d'appliquer le même régime social et fiscal à cette indemnisation que celui existant aujourd'hui en matière d'indemnités journalières maladie, soit des prélèvements de 0,5% au titre de la CRDS et de 6,2% au titre de la CSG. En tant que revenu de remplacement, cette indemnité sera soumise à l'impôt sur le revenu.

Pour les non-salariés agricoles, l'allocation de remplacement sera maintenue au niveau de celle existant aujourd'hui pour la maternité, la paternité et l'adoption afin de permettre le remplacement effectif de l'assuré. Lorsque le remplacement ne peut pas être effectué par un service de remplacement agréé ou si le remplacement ne peut être effectué par une personne salariée spécialement recrutée à cette fin, l'indemnité journalière forfaitaire sera attribuée après application d'un abattement dans les mêmes proportions que celui appliqué aux travailleurs indépendants.

Ce congé supplémentaire **pourra être pris à la suite du congé de maternité, paternité ou d'adoption ou a posteriori, dans la limite de 9 mois.** Il s'agira de permettre aux parents d'exercer leurs droits à congés individuellement, leur offrant la possibilité d'être en congé simultanément ou successivement. Cette période pourra être prolongée pour permettre à l'assuré de ne pas en perdre le bénéfice dans certains cas spécifiques (hypothèse d'un congé maternité de longue durée et d'hospitalisation du nouveau-né). Le congé supplémentaire de naissance ne sera pas fractionnable et devra être pris en une fois pour une durée d'un ou de deux mois, sans possibilité de travail à temps partiel de manière concomitante.

Le choix de créer un congé supplémentaire plutôt que d'allonger la durée des congés existants de maternité, paternité et d'adoption vise d'une part à permettre une distinction claire entre le congé initial qui est assorti d'un régime juridique propre (dont l'interdiction d'emploi pour les congés de maternité et de paternité, la protection dite absolue de l'emploi pendant le congé de maternité et le rattrapage salarial) et un congé supplémentaire facultatif qui bénéficie d'un régime juridique distinct. D'autre part, ce choix permet d'écarter tout concours entre la nouvelle disposition légale et les stipulations conventionnelles existantes sur le congé de maternité notamment. Des accords collectifs offrent en effet la possibilité aux salariées enceintes de prolonger leur congé de maternité de plusieurs semaines, avec maintien de la rémunération. Avec la création de ce nouveau congé légal, les clauses conventionnelles sont maintenues et l'application combinée des stipulations conventionnelles et des dispositions légales peuvent être articulées entre elles.

Ce droit à congé n'empêcherait pas de bénéficier ensuite de la PREPARE qui indemnise la prise d'un congé parental d'éducation ou d'un congé parental. Toutefois, les deux prestations ne pourront pas être prises en même temps. Ainsi, concrètement, les parents pourront demander à bénéficier de ce congé indemnisé prolongeant les congés de maternité, paternité ou d'adoption et pourront à l'issue de ce congé supplémentaire demander à bénéficier de la Prépare en cas de congé parental d'éducation ou de congé parental. A noter également que l'indemnisation du congé supplémentaire de naissance ne sera pas cumulable avec l'AJPP, l'AJPA, les IJ maladie, les IJ maternité, paternité ou d'adoption, les IJ AT-MP ainsi que les allocations chômage.

Les périodes d'indemnisation de ce congé permettront la validation de droits à retraite.

c) Autres options possibles

Il aurait été possible d'envisager une réforme du congé parental d'éducation ou du congé parental, qui permet de s'occuper de l'enfant au cours de ses trois premières années mais une telle approche n'aurait pas permis de prendre en compte le revenu antérieur de chacun des parents dans l'indemnisation étant donné le caractère forfaitaire de ces dispositifs.

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

La mesure a un impact sur les dépenses de la branche famille, via un transfert de celle-ci vers la branche maladie pour le financement de ces indemnités journalières, et justifie ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale. Pour l'ensemble de ces mesures, la consultation préalable des partenaires sociaux s'avère indispensable au regard de l'impact des congés sur l'organisation des entreprises.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre 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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement au sujet de la mesure, celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

La création du congé supplémentaire de naissance sera codifiée et nécessite la création de nouveaux articles au sein du code de la sécurité sociale ainsi qu'au sein du code du travail et du code rural et de la pêche maritime.

Pour la fonction publique, cette mesure nécessite la modification du code général de la fonction publique et du code de la défense, ainsi qu'une déclinaison réglementaire pour adapter les autres statuts.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet concernant la création d'un nouveau congé supplémentaire de parentalité.

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

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure directement applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable à l'exception de la Polynésie pour la fonction publique de l'Etat

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le scénario de congé supplémentaire de naissance envisagé correspond à un congé de deux mois maximum, indemnisé à hauteur de 70% du salaire net le premier mois et de 60% le second (soit respectivement des taux de remplacement de 55% et 47% du salaire brut), dans la limite d'une fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

Ce congé supplémentaire de naissance pourrait être pris de manière successive avec la PREPARE. Il est fait l'hypothèse que l'ensemble des bénéficiaires actuels de la PREPARE continueraient d'y recourir et que le congé supplémentaire de naissance viendrait s'ajouter aux masses actuellement versées au titre de la PREPARE.

L'estimation du coût de cette mesure a été réalisée à partir d'une distribution par décile des indemnités journalières maternité datant de 2021. Le coût brut de la réforme a été corrigé des dépenses de CMG évitées et des masses de CSG et de CRDS perçues sur ce nouveau congé supplémentaire de parentalité.

Ces estimations sont des ordres de grandeurs reposant sur des hypothèses conventionnelles particulièrement sensibles telles que le taux de recours des mères et des pères au nouveau dispositif, le taux de recours des parents au CMG en l'absence de réforme ou encore la durée de recours à la PREPARE. Dans l'estimation réalisée, il est notamment fait l'hypothèse que les bénéficiaires de la PREPARE vont continuer à y recourir à la même durée moyenne qu'actuellement. Aussi, l'estimation de l'effet retour CMG ne tient pas compte de la réforme du CMG entrant en vigueur au 1er septembre 2025. Ces estimations ont donc une visée illustrative.

A partir de ces hypothèses, le coût de la mesure en année pleine serait de l'ordre de 0,3Md€ en année N (2027), 0,4Md€ en N+1, 0,5Md€ en N+2 et 0,6Md€ en N+3. Les hypothèses qui déterminent le plus l'impact financier de la mesure sont celles relatives au taux de recours au nouveau dispositif. En outre, les conventions collectives pouvant couvrir aujourd'hui ou être conclues afin d'indemniser ou de compléter l'indemnisation des jours de congés pourraient avoir des effets déterminants sur le niveau de recours. Pour l'estimation du coût de ce nouveau dispositif, les taux de recours retenus sont les suivants :

Taux de remplacement du salaire net	Année d'entrée en vigueur		N+3	
	Pères	Mères	Pères	Mères
70% le 1er mois	10%	35%	20%	55%
60% le 2ème mois	3%	30%	10%	40%

Ces taux de recours ont été estimés à partir de ceux de la PREPARE, qui avoisinent 25% pour les femmes et qui sont de moins de 5% pour les hommes.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)		Coût ou moindre recette (signe -)		
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
Régime général			-0,3	-0,4	-0,5
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille			-0,3	-0,4	-0,5
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

La mesure pourra avoir pour conséquence de favoriser le maintien en emploi des parents actifs.

b) impacts sociaux

La mesure sera de nature à favoriser l'égalité répartition des tâches entre femmes et 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

La mesure sera de nature à favoriser la répartition des tâches parentales 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 conduira les assurés à devoir demander le bénéfice d'un congé supplémentaire de naissance s'ajoutant à leur congé de maternité/paternité/d'adoption auprès de leur employeur en précisant la durée de congé sollicitée ainsi que les périodes visées.

Le congé supplémentaire de naissance peut être pris à la suite du congé de maternité, de paternité ou d'adoption, ou il peut être pris après une période de reprise de travail, après l'extinction des droits à congés maternité, paternité ou adoption et jusqu'au 9^{ème} mois de l'enfant. Cette période de prise du congé peut être prolongée pour permettre à l'assuré de ne pas en perdre le bénéfice dans certains cas spécifiques (hypothèse d'un congé maternité de longue durée et d'hospitalisation du nouveau-né). Ce congé supplémentaire de parentalité n'est pas fractionnable et devra être pris en une fois pour une durée maximale de deux mois, sans possibilité de travail à temps partiel de manière concomitante.

Le salarié qui souhaite prendre son congé supplémentaire de naissance doit avertir l'employeur avant le début du congé dans un délai qui sera prévu par décret.

Les employeurs continueront à transmettre en DSN (déclaration sociale nominative) les éléments de salaires nécessaires aux caisses primaires d'assurance-maladie ou aux caisses de mutualité sociale agricole pour calculer le montant des indemnités journalières.

Les bénéficiaires du congé supplémentaire de naissance devront adresser leur demande d'indemnisation auprès de leur CPAM ou de leur caisse de MSA ou à leur employeur pour les agents publics en indiquant la durée de congé ainsi que ses dates de début et de fin.

Des attestations de non-cumul avec d'autres prestations, notamment la PREPARE mais également l'allocation journalière du proche aidant ou l'allocation journalière de présence parentale qui ne pourra être prise qu'après la fin du congé supplémentaire de parentalité, pourront être mises en place afin de permettre aux CPAM et aux caisses de la MSA de vérifier les règles de non-cumul.

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

La mise en œuvre de la mesure nécessite des développements des systèmes d'informations des caisses d'assurance maladie. Les CPAM et les caisses de la MSA, déjà chargées du versement des IJ maternité/paternité/adoption, seraient chargées du versement des indemnités journalières indemnisant la période de congé supplémentaire de naissance. Les caisses devraient néanmoins paramétrer leurs systèmes d'informations pour adapter le niveau d'indemnisation à cette période de congé (puisque son niveau sera distinct de celui appliqué pour les indemnités journalières maternité, paternité et d'adoption) et pour disposer des informations relatives aux périodes à indemniser (dates de début et de fin).

La mesure pourra entrer en vigueur au cours du premier trimestre 2027, en l'absence d'autre réforme structurelle dans le domaine des indemnités journalière pour maladie ou maternité.

Dans la fonction publique, la mesure aura un impact sur la charge en gestion des employeurs des trois versants, qui devront intégrer dans leur système d'information RH cet allongement des congés de maternité, d'adoption ou de paternité et d'accueil de l'enfant.

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

La mesure nécessitera des évolutions des systèmes d'information des caisses emportant des coûts de développement et une mobilisation de ressources humaines.

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 devront être pris :

- Un décret en Conseil d'Etat pour prévoir la fraction de traitement maintenu pendant le congé dans la fonction publique,
- Un décret en Conseil d'Etat pour fixer les modalités de prise en compte comme service effectif des périodes listées à l'article L9 du code des pensions civiles et militaires de retraites,
- Un décret pour déterminer les montants et la période de versement des prestations prévues au L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime, pour les non-salariés agricoles,
- Un décret en Conseil d'Etat pour déterminer la fraction de revenus antérieurs utilisées pour calculer le montant de l'indemnité journalière supplémentaire de naissance,
- Un décret pour déterminer les montants et la période de versement des indemnités journalières prévues au L. 623-2 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants,
- Un décret fixant la durée du délai de prévenance de l'employeur par le salarié souhait prendre le congé supplémentaire de naissance,
- Un décret d'application à Mayotte des dispositions des articles L. 732-12-1-1 du CRPM et L. 632-2 CSS.

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 premier semestre 2027.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés par une communication grand public et la mise à jour des documents d'information sur la maternité.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi statistique sera réalisé par la CNAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 4138-2 du code de la défense avant modification	Article L. 4138-2 du code de la défense après modification
L'activité est la position du militaire qui occupe un emploi de son grade. Reste dans cette position le militaire : 1° Qui bénéficie : a) De congés de maladie ou du congé du blessé ; b) De congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ; c) De permissions ou de congés de fin de campagne ; d) De congés de solidarité familiale ; e) D'un congé de reconversion ; f) De congés de présence parentale ; g) D'un congé pour création ou reprise d'entreprise ; h) D'un congé de proche aidant ; 2° Qui est affecté, pour une durée limitée, dans l'intérêt du service dans les conditions et auprès d'organismes définis par décret en Conseil d'Etat. Le militaire dans l'une des situations de la position d'activité conserve sa rémunération, à l'exception de celui placé en congé de maladie, dont la rémunération peut être réduite, et de celui placé en congé de solidarité familiale, en congé de présence parentale ou en congé de proche aidant. A l'exception du congé de présence parentale, la durée de chacune des situations de la position d'activité est assimilée à une période de service effectif. Le militaire servant en vertu d'un contrat, placé dans l'un des congés de la position d'activité voit, si nécessaire, son contrat prorogé jusqu'à la date d'expiration de ce congé, dans la limite de la durée de service, à l'exception des permissions, des congés de fin de campagne et du congé de proche aidant.	L'activité est la position du militaire qui occupe un emploi de son grade. Reste dans cette position le militaire : 1° Qui bénéficie : a) De congés de maladie ou du congé du blessé ; b) De congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ainsi que du congé supplémentaire de naissance ; c) De permissions ou de congés de fin de campagne ; d) De congés de solidarité familiale ; e) D'un congé de reconversion ; f) De congés de présence parentale ; g) D'un congé pour création ou reprise d'entreprise ; h) D'un congé de proche aidant ; 2° Qui est affecté, pour une durée limitée, dans l'intérêt du service dans les conditions et auprès d'organismes définis par décret en Conseil d'Etat. Le militaire dans l'une des situations de la position d'activité conserve sa rémunération, à l'exception de celui placé en congé de maladie et de celui placé en congé supplémentaire de naissance, dont la rémunération peut être réduite, et de celui placé en congé de solidarité familiale, en congé de présence parentale ou en congé de proche aidant. A l'exception du congé de présence parentale, la durée de chacune des situations de la position d'activité est assimilée à une période de service effectif. Le militaire servant en vertu d'un contrat, placé dans l'un des congés de la position d'activité voit, si nécessaire, son contrat prorogé jusqu'à la date d'expiration de ce congé, dans la limite de la durée de service, à l'exception des permissions, des congés de fin de campagne et du congé de proche aidant.
Article L. 4138-4 du code de la défense avant modification	Article L. 4138-4 du code de la défense après modification
Les congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption sont accordés pour des durées égales à celles mentionnées aux articles L. 631-3 à L. 631-9 du code général de la fonction publique. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article aux personnels militaires.	Les congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption sont accordés pour des durées égales à celles mentionnées aux articles L. 631-3 à L. 631-9 du code général de la fonction publique. Le congé supplémentaire de naissance est accordé pour une durée égale à celle mentionnée aux articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9 du code général de la fonction publique et donne lieu aux mêmes conditions de rémunérations que celles fixées par l'article L. 631-1 de ce code. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article ~~aux personnels militaires~~.
Article L. 4138-14 du code de la défense avant modification	Article L. 4138-14 du code de la défense après modification

Le congé parental est la situation du militaire qui est admis à cesser temporairement de servir dans les armées pour élever son enfant.

Ce congé, non rémunéré, est accordé de droit sur simple demande du militaire après la naissance ou l'adoption d'un enfant, sans préjudice du congé de maternité ou du congé d'adoption qui peut intervenir au préalable. Le congé parental prend fin au plus tard au troisième anniversaire de l'enfant ou à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant, adopté ou confié en vue de son adoption, âgé de trois ans au plus. Lorsque l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption est âgé de plus de trois ans mais n'a pas encore atteint l'âge de la fin de l'obligation scolaire, le congé parental ne peut excéder une année à compter de l'arrivée au foyer.

Dans cette situation, le militaire n'acquiert pas de droit à la retraite, sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires relatives aux pensions prévoyant la prise en compte de périodes d'interruption d'activité liées à l'enfant et, le cas échéant, à la réserve militaire. A l'expiration de son congé, le militaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son corps d'origine ou dans le grade ou l'emploi de détachement antérieur. Il peut, sur sa demande, être réaffecté dans un poste le plus proche possible de sa résidence, sous réserve des nécessités du service.

Si une nouvelle naissance ou adoption intervient alors que le militaire se trouve déjà placé en congé parental, celui-ci a droit, du chef de son nouvel enfant, sans préjudice du bénéfice des dispositions du b du 1° de l'article L. 4138-2 du présent code, à un nouveau congé parental pour une durée de trois ans au plus à compter de la naissance ou de l'arrivée au foyer de l'enfant lorsque celui-ci est âgé de trois ans au plus, et d'un an au plus à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté lorsque celui-ci est âgé de plus de trois ans mais n'a pas encore atteint l'âge de la fin de l'obligation scolaire.

Le titulaire du congé parental peut demander d'écourter la durée de ce congé.

Le militaire placé en congé parental peut demander à souscrire un engagement à servir dans la réserve opérationnelle militaire. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Le congé parental est la situation du militaire qui est admis à cesser temporairement de servir dans les armées pour élever son enfant.

Ce congé, non rémunéré, est accordé de droit sur simple demande du militaire après la naissance ou l'adoption d'un enfant, sans préjudice du congé de maternité ~~ou du congé d'adoption qui peut~~, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant, du congé d'adoption ainsi que du congé supplémentaire de naissance, qui peuvent intervenir au préalable. Le congé parental prend fin au plus tard au troisième anniversaire de l'enfant ou à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant, adopté ou confié en vue de son adoption, âgé de trois ans au plus. Lorsque l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption est âgé de plus de trois ans mais n'a pas encore atteint l'âge de la fin de l'obligation scolaire, le congé parental ne peut excéder une année à compter de l'arrivée au foyer.

Dans cette situation, le militaire n'acquiert pas de droit à la retraite, sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires relatives aux pensions prévoyant la prise en compte de périodes d'interruption d'activité liées à l'enfant et, le cas échéant, à la réserve militaire. A l'expiration de son congé, le militaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son corps d'origine ou dans le grade ou l'emploi de détachement antérieur. Il peut, sur sa demande, être réaffecté dans un poste le plus proche possible de sa résidence, sous réserve des nécessités du service.

Si une nouvelle naissance ou adoption intervient alors que le militaire se trouve déjà placé en congé parental, celui-ci a droit, du chef de son nouvel enfant, sans préjudice du bénéfice des dispositions du b du 1° de l'article L. 4138-2 du présent code, à un nouveau congé parental pour une durée de trois ans au plus à compter de la naissance ou de l'arrivée au foyer de l'enfant lorsque celui-ci est âgé de trois ans au plus, et d'un an au plus à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté lorsque celui-ci est âgé de plus de trois ans mais n'a pas encore atteint l'âge de la fin de l'obligation scolaire.

Le titulaire du congé parental peut demander d'écourter la durée de ce congé.

Le militaire placé en congé parental peut demander à souscrire un engagement à servir dans la réserve opérationnelle militaire. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L. 326-14 du code général de la fonction publique avant modification

La durée du contrat mentionné à l'article L. 326-10 ne peut être inférieure à douze mois ni supérieure à deux ans.

Le contrat peut être renouvelé, dans la limite d'un an, lorsque, en raison d'un échec aux épreuves d'évaluation de la formation suivie ou de la défaillance de l'organisme de formation, son bénéficiaire n'a pas pu obtenir la qualification, le titre ou le diplôme prévu au contrat.

Le contrat peut être prolongé dans la limite de la durée des congés pour maternité, paternité et accueil de l'enfant ou adoption ainsi que des congés de maladie et d'accident du travail accordés à l'intéressé.

Article L. 326-14 du code général de la fonction publique après modification

La durée du contrat mentionné à l'article L. 326-10 ne peut être inférieure à douze mois ni supérieure à deux ans.

Le contrat peut être renouvelé, dans la limite d'un an, lorsque, en raison d'un échec aux épreuves d'évaluation de la formation suivie ou de la défaillance de l'organisme de formation, son bénéficiaire n'a pas pu obtenir la qualification, le titre ou le diplôme prévu au contrat.

Le contrat peut être prolongé dans la limite de la durée des congés pour maternité, paternité et accueil de l'enfant ~~ou adoption~~, adoption, ou congé supplémentaire de naissance. ainsi que des congés de maladie et d'accident du travail accordés à l'intéressé.

Article L. 512-2 du code général de la fonction publique avant modification	Article L. 512-2 du code général de la fonction publique après modification
Le congé parental est accordé de droit, sur simple demande du fonctionnaire après la naissance ou l'adoption d'un enfant survenue à son foyer. Il débute au terme, le cas échéant, du congé de maternité, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou du congé d'adoption.	Le congé parental est accordé de droit, sur simple demande du fonctionnaire après la naissance ou l'adoption d'un enfant survenue à son foyer. Il débute au terme, le cas échéant, du congé de maternité, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ~~ou du congé d'adoption~~ , du congé d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance.
Article L. 631-1 du code général de la fonction publique avant modification	Article L. 631-1 du code général de la fonction publique après modification
Le fonctionnaire en activité a droit aux congés de maternité et liés aux charges parentales prévus aux sections 2 à 6. Durant ces congés, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.	Le fonctionnaire en activité a droit aux congés de maternité et liés aux charges parentales prévus aux sections 2 à 6. Durant ces congés, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement, du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence. Toutefois, à compter de la date à laquelle il bénéficie du congé supplémentaire de naissance mentionné aux articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9, le traitement est réduit. La fraction du traitement maintenu, qui est dégressive entre le premier et le second mois du congé, ne peut être inférieure à 50 %. Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent alinéa fixe le niveau du traitement maintenu.
Article L. 631-3 du code général de la fonction publique avant modification	Article L. 631-3 du code général de la fonction publique après modification
Le fonctionnaire en activité a droit au congé de maternité, pour une durée égale à celle prévue aux articles L. 1225-17 à L. 1225-21 du code du travail. Le fonctionnaire conserve le bénéfice des droits acquis avant le début du congé qu'il n'a pas été en mesure d'exercer en raison de ce congé.	Le fonctionnaire en activité a droit au congé de maternité, pour une durée égale à celle prévue aux articles L. 1225-17 à L. 1225-21 du code du travail et un congé supplémentaire de naissance pris dans le délai et pour la durée mentionnés à l'article L. 1225 -46-2 du code du travail. Le fonctionnaire conserve le bénéfice des droits acquis avant le début du congé qu'il n'a pas été en mesure d'exercer en raison de ce congé.
Article L. 631-8 du code général de la fonction publique avant modification	Article L. 631-8 du code général de la fonction publique après modification
Le fonctionnaire en activité a droit au congé d'adoption pour une durée égale à celle prévue par l'article L. 1225-37 du code du travail. Le droit au congé d'adoption est ouvert au fonctionnaire à qui l'autorité administrative compétente ou tout organisme désigné à cet effet confie un enfant en vue de son adoption. Il est ouvert à l'un ou l'autre des parents adoptifs. Lorsque les deux conjoints sont fonctionnaires en activité, le congé peut être réparti entre eux. Dans ce cas, la durée du congé est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par l' article L. 1225-40 du code du travail . Le fonctionnaire conserve le bénéfice des droits acquis avant le début du congé qu'il n'a pas été en mesure d'exercer en raison de ce congé.	Le fonctionnaire en activité a droit au congé d'adoption pour une durée égale à celle prévue par l'article L. 1225-37 du code du travail et un congé supplémentaire de naissance pris dans le délai et pour la durée mentionnés à l'article L. 1225 46-2 du code du travail. Le droit au congé d'adoption est ouvert au fonctionnaire à qui l'autorité administrative compétente ou tout organisme désigné à cet effet confie un enfant en vue de son adoption. Il est ouvert à l'un ou l'autre des parents adoptifs. Lorsque les deux conjoints sont fonctionnaires en activité, le congé peut être réparti entre eux. Dans ce cas, la durée du congé est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par l'article L. 1225-40 du code du travail. Le fonctionnaire conserve le bénéfice des droits acquis avant le début du congé qu'il n'a pas été en mesure d'exercer en raison de ce congé.
Article L. 631-9 du code général de la fonction publique avant modification	Article L. 631-9 du code général de la fonction publique après modification

Le fonctionnaire en activité a droit au congé de paternité et d'accueil de l'enfant pour une durée égale à celle prévue à l'article L. 1225-35 du code du travail. Ce congé bénéficie au père fonctionnaire ainsi que, le cas échéant, au fonctionnaire conjoint de la mère ou à l'agent public lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. Le fonctionnaire conserve le bénéfice des droits acquis avant le début du congé qu'il n'a pas été en mesure d'exercer en raison de ce congé.	Le fonctionnaire en activité a droit au congé de paternité et d'accueil de l'enfant pour une durée égale à celle prévue à l'article L. 1225-35 du code du travail et un congé supplémentaire de naissance pris dans le délai et pour la durée mentionnés à l'article L. 1225 46-2 du code du travail. Ce congé bénéficie au père fonctionnaire ainsi que, le cas échéant, au fonctionnaire conjoint de la mère ou à l'agent public lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. Le fonctionnaire conserve le bénéfice des droits acquis avant le début du congé qu'il n'a pas été en mesure d'exercer en raison de ce congé.
Article L. 9 du code des pensions civiles et militaires avant modification	Article L. 9 du code des pensions civiles et militaires après modification
Le temps passé dans une position statutaire ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs au sens de l'article L. 5 ne peut entrer en compte dans la constitution du droit à pension, sauf : 1° Dans la limite de trois ans par enfant né ou adopté à partir du 1er janvier 2004, sous réserve que le titulaire de la pension ait bénéficié : a) D'un temps partiel de droit pour élever un enfant ; b) D'un congé parental ; c) D'un congé de présence parentale ; d) D'une disponibilité pour élever un enfant de moins de douze ans ou d'un congé pour convenances personnelles pour élever un enfant de moins de douze ans. Les modalités de prise en compte de ces périodes d'interruption ou de réduction d'activité prévues par les articles 37 bis, 54 et 40 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, par l'article 47 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat et à certaines modalités de cessation définitive de fonctions et par le livre Ier de la partie IV du code de la défense sont précisées par décret en Conseil d'Etat ; 2° Dans les cas exceptionnels prévus par une loi ou par un décret en Conseil d'Etat. 3° Dans le cas où le militaire est placé en : a) Congé de longue maladie ; b) Congé de longue durée pour maladie ; c) Congé complémentaire de reconversion. En ce qui concerne les fonctionnaires civils, et hormis les positions prévues aux articles 34 et 45 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, le temps passé dans une position ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs n'est compté comme service effectif que dans la limite de cinq ans et sous réserve que les bénéficiaires subissent pendant ce temps, sur leur dernier traitement d'activité, les retenues prescrites par le présent code. Ces dispositions ne sont pas applicables aux cas prévus au 1°.	Le temps passé dans une position statutaire ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs au sens de l'article L. 5 ne peut entrer en compte dans la constitution du droit à pension, sauf : 1° Dans la limite de trois ans par enfant né ou adopté à partir du 1er janvier 2004, sous réserve que le titulaire de la pension ait bénéficié : a) D'un temps partiel de droit pour élever un enfant ; b) D'un congé parental ; c) D'un congé de présence parentale ; d) D'une disponibilité pour élever un enfant de moins de douze ans ou d'un congé pour convenances personnelles pour élever un enfant de moins de douze ans. ~~Les modalités de prise en compte de ces périodes d'interruption ou de réduction d'activité prévues par les articles 37 bis, 54 et 40 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, par l'article 47 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat et à certaines modalités de cessation définitive de fonctions et par le livre Ier de la partie IV du code de la défense sont précisées par décret en Conseil d'Etat ;~~ 2° Dans les cas exceptionnels prévus par une loi ou par un décret en Conseil d'Etat. 3° Dans le cas où le militaire est placé en : a) Congé de longue maladie ; b) Congé de longue durée pour maladie ; c) Congé complémentaire de reconversion ; d) Congé de solidarité familiale. 4° Dans les cas où l'agent titulaire est en activité et placé dans : « a) L'un des congés de formation mentionnés aux articles L. 214-1, L. 215-1 et L. 422 1 du code général de la fonction publique ; « b) L'un des congés liés aux responsabilités parentales ou familiales mentionnés aux chapitres I, III et IV du titre III du livre VI du même code ; « c) L'un des congés liés à des activités civiques mentionnés au titre IV du livre VI du même code ; « d) L'un des congés pour raison de santé, accidents de services et maladies professionnelles mentionnés aux chapitres II et III du titre II du livre VIII du même code ;

	« e) L'un des congés prévus aux articles L. 621-1 et L. 651-1 du même code ; « 5° En cas de détachement hors de son corps ou cadre d'emplois d'origine, dans les conditions prévues à l'article L. 513-1 du même code ~~En ce qui concerne les fonctionnaires civils, et hormis les positions prévues aux articles 34 et 45 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, le temps passé dans une position ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs n'est compté comme service effectif que dans la limite de cinq ans et sous réserve que les bénéficiaires subissent pendant ce temps, sur leur dernier traitement d'activité, les retenues prescrites par le présent code. Ces dispositions ne sont pas applicables aux cas prévus au 1°.~~ En ce qui concerne les fonctionnaires civils, et hormis les positions prévues aux précédents alinéas, le temps passé dans une position ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs n'est compté comme service effectif que dans la limite de cinq ans et sous réserve que les bénéficiaires subissent pendant ce temps, sur leur dernier traitement d'activité, les retenues prescrites par le présent code. Les modalités de prise en compte des périodes mentionnées au 1°, au 3° et au 4° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
Article L.732-11 du code rural et de la pêche maritime	Article L. 732-11 du code rural et de la pêche maritime
Le bénéfice de l'allocation de remplacement prévue aux articles L. 732-10, L. 732-10-1 et L. 732-12-2 est également accordé aux non-salariés agricoles mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 qui perçoivent leurs prestations du régime de leur activité salariée, au prorata de leur activité à temps partiel sur l'exploitation lorsqu'ils répondent à des conditions de durée maximale d'activité salariée précisées par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 732-13.	Le bénéfice de l'allocation de remplacement prévue aux articles L. 732-10, L. 732-10-1, L. 732-12-1-1 et L. 732-12-2 est également accordé aux non-salariés agricoles mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 qui perçoivent leurs prestations du régime de leur activité salariée, au prorata de leur activité à temps partiel sur l'exploitation lorsqu'ils répondent à des conditions de durée maximale d'activité salariée précisées par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 732-13.
	Article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime (nouveau)
	Les assurés mentionnés aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, ou qui continuent de cesser leur activité après avoir épuisé leurs droits ouverts par les articles L. 732-10, L. 732-10-1, L. 732-11 ou L. 732-12 1, bénéficient, sur leur demande, de prestations supplémentaires de naissance dans les conditions décrites ci-dessous. Une allocation supplémentaire de remplacement leur est versée, sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole et de ne pas reprendre leur activité pendant toute la durée d'indemnisation. Lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, une indemnité journalière forfaitaire leur est attribuée sous réserve de cesser tout travail sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole pendant toute la période d'indemnisation. Les durées maximales d'attribution de l'allocation de remplacement ou des indemnités journalières sont équivalentes à celles prévues à l'article L. 331-8-1 du code de la sécurité sociale. Un décret détermine les modalités d'application du présent article, notamment les montants et la période pendant laquelle elles peuvent être versées.

Article L. 136-8 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 136-8 du code de la sécurité sociale après modification
I.-Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A 9,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 7,2 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1. II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujettis à la contribution au taux de 6,2 % : a) Les allocations de chômage et les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 ; b) Les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ; c) Les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.	I.-Le taux des contributions sociales est fixé : 1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ; 2° A 9,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ; 3° A 7,2 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1. II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujettis à la contribution au taux de 6,2 % : a) Les allocations de chômage et les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 ; b) Les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, de l'accueil de l'enfant et du congé supplémentaire de naissance, des accidents du travail et des maladies professionnelles ; c) Les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.
Article L. 168-7 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 168-7 du code de la sécurité sociale après modification
L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie n'est pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ; 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ; 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant. Toutefois, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.	L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie n'est pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption, d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance ; 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1, L. 623-2 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ; 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant. Toutefois, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.
Article L. 168-10 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 168-10 du code de la sécurité sociale après modification
L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.	L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles. L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre,

L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre, pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ; 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ; 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ; 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code ; 7° L'allocation aux adultes handicapés ; 8° L'allocation journalière de présence parentale ; 9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ; 10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° du présent article perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.	pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ~~ou d'adoption~~, d'adoption ou de congé supplémentaire de naissance ; 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité prévues aux articles L. 623-1, L. 632-2 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ; 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ; 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code ; 7° L'allocation aux adultes handicapés ; 8° L'allocation journalière de présence parentale ; 9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ; 10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° du présent article perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.
Article L. 223-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 223-1 du code de la sécurité sociale après modification
La caisse nationale des allocations familiales gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes combinés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2° De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration. A ce titre, elle assure un soutien financier aux autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant mentionnées à l'article L. 214-1-3 du code de l'action sociale et des familles et leur apporte son expertise afin de contribuer à la création et au fonctionnement de l'offre d'accueil ; 3° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 4° 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 allocataires ; 5° De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime	La caisse nationale des allocations familiales gère la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle : 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes combinés de celle-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux ; 2° De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration. A ce titre, elle assure un soutien financier aux autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant mentionnées à l'article L. 214-1-3 du code de l'action sociale et des familles et leur apporte son expertise afin de contribuer à la création et au fonctionnement de l'offre d'accueil ; 3° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ; 4° 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 allocataires ; 5° De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime

des non-salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse de base des professions libérales et des avocats des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;

6° D'assurer le remboursement :

a) D'une fraction de 60 % du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-6 et L. 333-1 à L. 333-3, aux I et IV de l'article L. 623-1 et à l'article L. 623-4 du présent code ainsi qu'aux articles L. 732-10, L. 732-11, L. 732-12 et L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime ;

b) De la totalité du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-7, lorsque l'indemnité prévue au même article L. 331-7 n'est pas directement prise en charge par l'employeur, L. 331-8 et L. 331-9, aux II à III bis de l'article L. 623-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 732-10-1, lorsque les allocations et indemnités prévues au même article L. 732-10-1 ne sont pas directement prises en charge par l'employeur, L. 732-12-1 et L. 732-12-3 du code rural et de la pêche maritime ;

c) Du montant des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations, calculé dans les mêmes proportions et fixé par arrêté ministériel ;

7° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et des autorisations spéciales d'absence accordées à titre complémentaire, en application de l'article L. 622-2 du code général de la fonction publique, en cas de décès d'un enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;

8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et du congé de deuil en cas de décès d'un enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.

des non-salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse de base des professions libérales et des avocats des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;

6° D'assurer le remboursement :

a) D'une fraction de 60 % du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-6 et L. 333-1 à L. 333-3, aux I et IV de l'article L. 623-1 et à l'article L. 623-4 du présent code ainsi qu'aux articles L. 732-10, L. 732-11, L. 732-12 et L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime ;

b) De la totalité du montant des indemnités ou allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-7, lorsque l'indemnité prévue au même article L. 331-7 n'est pas directement prise en charge par l'employeur, L. 331-8 et L. 331-9, aux II à III bis de l'article L. 623-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 732-10-1, lorsque les allocations et indemnités prévues au même article L. 732-10-1 ne sont pas directement prises en charge par l'employeur, L. 732-12-1 et L. 732-12-3 du code rural et de la pêche maritime ;

c) Du montant des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations, calculé dans les mêmes proportions et fixé par arrêté ministériel ;

d) De la totalité du montant des indemnités versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-8-1 et L. 623-2 du présent code et à l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime ;

7° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales **due aux ouvriers de l'Etat, aux magistrats de l'ordre judiciaire, aux militaires et aux fonctionnaires relevant des employeurs visés à l'article L. 2 du code général de la fonction publique,** servie pendant la durée du congé de paternité ~~et d'accueil de l'enfant~~ **et de l'accueil de l'enfant, ainsi que du congé supplémentaire de naissance** et des autorisations spéciales d'absence accordées à titre complémentaire, en application de l'article L. 622-2 du code général de la fonction publique, en cas de décès d'un enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;

8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux ~~de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau~~ **de la société nationale SNCF et ses filiales et groupements d'intérêt économique relevant du champ du I de l'article L. 2101-2 du code des transports,** de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant, **du congé supplémentaire de naissance,** et du congé de deuil en cas de décès d'un enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.

Titre III : Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant (Articles L330-1 à L333-3) du Livre III : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général (Articles L311-1 à L383-1) du code de la sécurité sociale avant modification

Livre III : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général (Articles L311-1 à L383-1)

Titre III : Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant (Articles L330-1 à L333-3) du Livre III : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général (Articles L311-1 à L383-1) du code de la sécurité sociale après modification

Livre III : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général (Articles L311-1 à L383-1)

Titre III : Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant (Articles L330-1 à L333-3) Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant (Articles L331-1 à L331-9)	Titre III : ~~Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant~~ Assurance maternité, congé de paternité et d'accueil de l'enfant et congé supplémentaire de naissance (Articles L330-1 à L333-3) Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité ~~et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant~~ au congé de paternité et d'accueil de l'enfant et au congé supplémentaire de naissance (Articles L331-1 à L331-9)
Article L. 330-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 330-1 du code de la sécurité sociale après modification
L'assurance maternité a pour objet : 1° La couverture des frais visés à l'article L. 160-9 ; 2° L'octroi d'indemnités journalières dans les conditions visées aux articles L. 331-3 à L. 331-7 et L. 333-1 à L. 333-3 pour le compte en partie de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1 ; 3° L'octroi des indemnités journalières visées aux articles L. 331-8 et L. 331-9 pour le compte de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1.	L'assurance maternité a pour objet : 1° La couverture des frais visés à l'article L. 160-9 ; 2° L'octroi d'indemnités journalières dans les conditions visées aux articles L. 331-3 à L. 331-7 et L. 333-1 à L. 333-3 pour le compte en partie de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1 ; 3° L'octroi des indemnités journalières visées aux articles L. 331-8, L. 331-9 et L. 331-11 pour le compte de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1.
Article L. 331-9 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 331-9 du code de la sécurité sociale après modification
Lorsqu'il exerce son droit au congé prévu à l'article L. 3142-1-1 du code du travail, l'assuré perçoit, pendant la durée du congé et selon les mêmes conditions de liquidation et de service, l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 du présent code, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée. L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés maladie ; 2° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ; 3° Les indemnités journalières versées en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi par l'assurance chômage ou le régime de solidarité. L'employeur qui a maintenu le salaire de l'assuré en application de l'article L. 3142-2 du code du travail est subrogé de plein droit dans les droits de son salarié à l'indemnité journalière. Pour les personnes bénéficiant des dispositions des articles L. 161-8 et L. 311-5 du présent code, la durée de l'indemnisation prévue au premier alinéa du présent article est portée à quinze jours, qui peuvent être fractionnés dans des conditions fixées par décret.	Lorsqu'il exerce son droit au congé prévu à l'article L. 3142-1-1 du code du travail, l'assuré perçoit, pendant la durée du congé et selon les mêmes conditions de liquidation et de service, l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 du présent code, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée. L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés maladie ; 2° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou ~~d'adoption~~, d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance ; 3° Les indemnités journalières versées en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi par l'assurance chômage ou le régime de solidarité. L'employeur qui a maintenu le salaire de l'assuré en application de l'article L. 3142-2 du code du travail est subrogé de plein droit dans les droits de son salarié à l'indemnité journalière. Pour les personnes bénéficiant des dispositions des articles L. 161-8 et L. 311-5 du présent code, la durée de l'indemnisation prévue au premier alinéa du présent article est portée à quinze jours, qui peuvent être fractionnés dans des conditions fixées par décret. « Section 4 bis « Congé supplémentaire de naissance Article L. 331-8-1

	Lorsque l'assuré bénéficie du congé supplémentaire de naissance dans les conditions prévues à l'article L. 1225-46-2 du code du travail il reçoit, pendant la durée de ce congé, une indemnité journalière, à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et de remplir les conditions fixées aux I et II de l'article L. 313-1. Le montant de cette indemnité, qui correspond à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière, est déterminé par un décret en Conseil d'Etat. Ce montant peut être rendu dégressif entre le premier et le second mois de ce congé. Article L. 331-8-2 L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8-1 ne peut être cumulée avec les dispositifs suivants : 1° L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 ; 2° Les indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-9 ; 3° Les indemnités journalières versées en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles prévues à l'article L. 433-1 ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.
Article L. 333-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 333-3 du code de la sécurité sociale après modification
L'allocation journalière n'est pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de maladie ou d'accident du travail ; 2° Le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévu par l'article L. 541-1, ou l'élément de la prestation de compensation prévu au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, lorsque ceux-ci sont accordés en contrepartie d'une cessation d'activité ; 3° L'allocation journalière de présence parentale prévue à l'article L. 544-1 ; 4° La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant prévue à l'article L. 531-4 ; 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celle-ci.	L'allocation journalière n'est pas cumulable avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de maladie ou d'accident du travail ; 2° Le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévu par l'article L. 541-1, ou l'élément de la prestation de compensation prévu au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, lorsque ceux-ci sont accordés en contrepartie d'une cessation d'activité ; 3° L'allocation journalière de présence parentale prévue à l'article L. 544-1 ; 4° La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant prévue à l'article L. 531-4 ; 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celle-ci ; 6° L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8-1 du présent code.
Article L. 351-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 351-3 du code de la sécurité sociale après modification
Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat : 1°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ;	Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat : 1°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, du congé supplémentaire de naissance, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date

2°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du code du travail ou de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 1233-68 du même code ou d'une allocation versée en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés à l'article L. 5123-6 dudit code ou de la rémunération prévue à l'article L. 1233-72 du code du travail ou de l'allocation versée au titre du congé d'accompagnement spécifique pour le maintien dans l'emploi créé par l'ordonnance n° 2020-921 du 29 juillet 2020 portant diverses mesures d'accompagnement des salariés dans le cadre de la fermeture des centrales à charbon ou de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du code du travail ; 3°) dans les conditions et limites fixées par le décret prévu au présent article, les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé, avant l'âge fixé par le même décret, en état de chômage involontaire non indemnisé ; 4°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ; 5°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, pour les assurés qui ont été prisonniers, déportés, réfractaires, réfugiés, sinistrés, requis au titre d'un service de travail obligatoire ou placés, du fait de la guerre, dans des conditions telles que les cotisations versées par eux n'ont pu être constatées ou ne peuvent être justifiées ; des arrêtés ministériels fixent, pour ces années, les justifications à produire par les intéressés ; 6°) sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance obligatoire ; 7°) Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles une personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport ; 8°) Les périodes de stage mentionnées à l'article L. 6342-3 du code du travail ; 9°) Les périodes de stage dont les cotisations sociales ont été prises en charge par l'Etat et ayant pour finalité l'insertion dans l'emploi par la pratique d'une activité professionnelle définies par décret en Conseil d'Etat ainsi que celles mentionnées à l'article 3 de la loi n° 79-575 du 10 juillet 1979 portant diverses mesures en faveur de l'emploi et à l'article L. 980-9 du code du travail, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi.	susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ; 2°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du code du travail ou de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 1233-68 du même code ou d'une allocation versée en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés à l'article L. 5123-6 dudit code ou de la rémunération prévue à l'article L. 1233-72 du code du travail ou de l'allocation versée au titre du congé d'accompagnement spécifique pour le maintien dans l'emploi créé par l'ordonnance n° 2020-921 du 29 juillet 2020 portant diverses mesures d'accompagnement des salariés dans le cadre de la fermeture des centrales à charbon ou de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du code du travail ; 3°) dans les conditions et limites fixées par le décret prévu au présent article, les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé, avant l'âge fixé par le même décret, en état de chômage involontaire non indemnisé ; 4°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ; 5°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, pour les assurés qui ont été prisonniers, déportés, réfractaires, réfugiés, sinistrés, requis au titre d'un service de travail obligatoire ou placés, du fait de la guerre, dans des conditions telles que les cotisations versées par eux n'ont pu être constatées ou ne peuvent être justifiées ; des arrêtés ministériels fixent, pour ces années, les justifications à produire par les intéressés ; 6°) sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance obligatoire ; 7°) Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles une personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport ; 8°) Les périodes de stage mentionnées à l'article L. 6342-3 du code du travail ; 9°) Les périodes de stage dont les cotisations sociales ont été prises en charge par l'Etat et ayant pour finalité l'insertion dans l'emploi par la pratique d'une activité professionnelle définies par décret en Conseil d'Etat ainsi que celles mentionnées à l'article 3 de la loi n° 79-575 du 10 juillet 1979 portant diverses mesures en faveur de l'emploi et à l'article L. 980-9 du code du travail, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi.
Article L. 531-9 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 531-9 du code de la sécurité sociale après modification
Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein mentionnée au premier alinéa du 1 du I de l'article L. 531-4, sauf si cette dernière est versée au titre du VI dudit article.	Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein mentionnée au premier alinéa du 1 du I de l'article L. 531-4, sauf si cette dernière est versée au titre du VI dudit article. Il n'est pas non plus cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée aux articles L. 331 8-1 et

Le complément de libre choix du mode de garde est réduit, lorsque le ménage ou la personne bénéficie de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel pour l'exercice d'une activité professionnelle inférieure à une quotité, dans des conditions définies par décret.	L. 623-2 du présent code et à l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime lorsque ces prestations sont versées au titre du même enfant. Le complément de libre choix du mode de garde est réduit, lorsque le ménage ou la personne bénéficie de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel pour l'exercice d'une activité professionnelle inférieure à une quotité, dans des conditions définies par décret.
Article L. 532-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 532-2 du code de la sécurité sociale après modification
I.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant n'est pas cumulable avec le complément familial. II.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ; 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux travailleurs sans emploi ; 5° Un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension servie aux militaires en application de l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Le service des indemnités dues aux travailleurs sans emploi est, à la date d'interruption du versement de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, poursuivi jusqu'à l'expiration du droit. III.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel n'est pas cumulable pour le bénéficiaire, à l'ouverture du droit, avec les indemnités et l'allocation de remplacement mentionnées aux 1° à 5° du II. Elle est cumulable, en cours de droit, avec les indemnités et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II perçues au titre de l'activité à temps partiel que le bénéficiaire exerce ou a exercée. IV.-Lorsque le bénéficiaire de la prestation partagée d'éducation de l'enfant a un seul enfant à charge, la prestation est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec les indemnités et allocations visées aux 1° à 3° du II. V.-Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4.	I.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant n'est pas cumulable avec le complément familial. II.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ~~ou d'adoption~~, d'adoption ou supplémentaire de naissance ; 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles <u>L. 623-1</u>, L. 623-2 et <u>L. 663-1</u> du présent code, aux articles <u>L. 732-10 à L. 732-12-2</u> du code rural et de la pêche maritime et aux articles <u>L. 5556-9</u> et <u>L. 5556-10</u> du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux travailleurs sans emploi ; 5° Un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension servie aux militaires en application de l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Le service des indemnités dues aux travailleurs sans emploi est, à la date d'interruption du versement de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, poursuivi jusqu'à l'expiration du droit. III.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel n'est pas cumulable pour le bénéficiaire, à l'ouverture du droit, avec les indemnités et l'allocation de remplacement mentionnées aux 1° à 5° du II. Elle est cumulable, en cours de droit, avec les indemnités et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II perçues au titre de l'activité à temps partiel que le bénéficiaire exerce ou a exercée. IV.-Lorsque le bénéficiaire de la prestation partagée d'éducation de l'enfant a un seul enfant à charge, la prestation est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec les indemnités et allocations visées aux 1° à 3° du II. V.-Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4.
Article L. 544-9 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 544-9 du code de la sécurité sociale après modification
L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;	L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec : 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ou de congé supplémentaire de naissance ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ; 5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ; 6° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ; 7° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ; 8° L'allocation aux adultes handicapés ; 9° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4, est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.	2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1 , L. 632-2 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ; 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ; 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ; 5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ; 6° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ; 7° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ; 8° L'allocation aux adultes handicapés ; 9° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4, est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.
Chapitre 3 : Prestations maternité, paternité, d'accueil de l'enfant et d'adoption (Articles L623-1 à L623-4) du code de la sécurité sociale avant modification	Chapitre 3 : Prestations maternité, paternité, d'accueil de l'enfant et d'adoption (Articles L623-1 à L623-4) du code de la sécurité sociale après modification
<u>Chapitre 3 : Prestations maternité, paternité, d'accueil de l'enfant et d'adoption (Articles L623-1 à L623-4)</u>	Chapitre 3 : Prestations maternité, paternité, d'accueil de l'enfant et d'adoption et indemnité supplémentaire de naissance (Articles L623-1 à L623-4) Article L. 623-2 La mère, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin ainsi que les parents adoptifs ou accueillants auxquels s'appliquent les dispositions du présent titre bénéficient sur leur demande d'indemnités journalières supplémentaires de naissance lorsqu'ils cessent ou continuent de cesser d'exercer leur activité à l'expiration des durées minimales mentionnées à l'article L. 623-1. Ces indemnités sont versées pour la durée mentionnée à l'article L. 331 8 1, à condition de ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. Un décret détermine les conditions d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière forfaitaire et la période pendant laquelle la cessation d'activité peut avoir lieu. Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.
	Article L1225-4-5 de la section 1 : Protection de la grossesse et de la maternité ... (Articles L1225-1 à L1225-34), sous-section 1 : Embauche, mutation et licenciement. (Articles L1225-1 à L1225-6) du code du travail (nouveau)
	Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'un salarié pendant un congé supplémentaire de naissance prévu à l'article L.1225-46-2.

	Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressé ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la naissance ou à l'arrivée de l'enfant
	Section 3 bis : congé supplémentaire de naissance du code du travail après modification (nouvelle)
	Section 3 bis : Congé supplémentaire de naissance
	Article L1225-46-2 du code du travail (nouveau)
	Le salarié qui a bénéficié en application du présent chapitre d'un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption, bénéficie, après avoir épuisé ce droit à congé, d'un congé supplémentaire de naissance. Toutefois, la condition d'avoir épuisé son droit à congé ne s'applique pas au salarié qui n'a pas exercé tout ou partie de ce droit faute de pouvoir bénéficier des indemnités et allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8 du code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires. Le congé supplémentaire de naissance entraîne la suspension du contrat de travail. La durée de ce congé est soit d'un mois, soit de deux mois, au choix du salarié. Ce congé ne peut être fractionné. Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date de prise du congé et de sa durée et le délai dans lequel les jours de congé doivent être pris sont fixés par décret. Le délai de prévenance [, qui peut être réduit notamment lorsque le congé est pris immédiatement après le congé de paternité ou le congé d'adoption] doit être compris entre quinze jours et un mois. La fixation du délai dans lequel le congé peut être pris tient compte de ce que la durée des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption peut être augmentée en application des articles L. 1225-17 à L. 1225-22, ou d'une convention ou d'un accord collectif de travail.
	Article L1225-46-3 du code du travail après modification (nouveau)
	La durée du congé supplémentaire de naissance est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination des droits que le salarié tient de son ancienneté. Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.
	Article L1225-46-4 du code du travail (nouveau)
	Le salarié ne peut exercer aucune autre activité professionnelle pendant la durée du congé.
	Article L1225-46-5 du code du travail (nouveau)
	En cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du foyer, le salarié a le droit de reprendre son activité avant le terme prévu du congé supplémentaire de naissance.

	Article L1225-46-6 du code du travail (nouveau)
	A l'issue du congé supplémentaire de parentalité, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.
	Article L1225-46-7 du code du travail (nouveau)
	Le salarié qui reprend son activité initiale à l'issue du congé supplémentaire de naissance a droit à l'entretien professionnel mentionné au I de l'article L. 6315-1.
	Article L1225-6 (nouveau)
Les dispositions des articles L. 1225-4, L. 1225-4-3 et L. 1225-5 ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée.	Les dispositions des articles L. 1225-4, L. 1225-4-3, L. 1225-4-5 et L. 1225-5 ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée.
Article L6315-1 du code du travail avant modification	Article L6315-1 du code du travail après modification
I. — A l'occasion de son embauche, le salarié est informé qu'il bénéficie tous les deux ans d'un entretien professionnel avec son employeur consacré à ses perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi. Cet entretien ne porte pas sur l'évaluation du travail du salarié. Cet entretien comporte également des informations relatives à la validation des acquis de l'expérience, à l'activation par le salarié de son compte personnel de formation, aux abondements de ce compte que l'employeur est susceptible de financer et au conseil en évolution professionnelle. Cet entretien professionnel, qui donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié, est proposé systématiquement au salarié qui reprend son activité à l'issue d'un congé de maternité, d'un congé parental d'éducation, d'un congé de proche aidant, d'un congé d'adoption, d'un congé sabbatique, d'une période de mobilité volontaire sécurisée mentionnée à l'article L. 1222-12, d'une période d'activité à temps partiel au sens de l'article L. 1225-47 du présent code, d'un arrêt longue maladie prévu à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ou à l'issue d'un mandat syndical. Cet entretien peut avoir lieu, à l'initiative du salarié, à une date antérieure à la reprise de poste. II. — Tous les six ans, l'entretien professionnel mentionné au I du présent article fait un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié. Cette durée s'apprécie par référence à l'ancienneté du salarié dans l'entreprise. Cet état des lieux, qui donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié, permet de vérifier que le salarié a bénéficié au cours des six dernières années des entretiens professionnels prévus au I et d'apprécier s'il a : 1° Suivi au moins une action de formation ; 2° Acquis des éléments de certification par la formation ou par une validation des acquis de son expérience ; 3° Bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle.	I. — A l'occasion de son embauche, le salarié est informé qu'il bénéficie tous les deux ans d'un entretien professionnel avec son employeur consacré à ses perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi. Cet entretien ne porte pas sur l'évaluation du travail du salarié. Cet entretien comporte également des informations relatives à la validation des acquis de l'expérience, à l'activation par le salarié de son compte personnel de formation, aux abondements de ce compte que l'employeur est susceptible de financer et au conseil en évolution professionnelle. Cet entretien professionnel, qui donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié, est proposé systématiquement au salarié qui reprend son activité à l'issue ~~d'un congé de maternité~~ des congés de maternité et d'adoption, ou le cas échéant à l'issue d'un congé supplémentaire de naissance, d'un congé parental d'éducation, d'un congé de proche aidant, ~~d'un congé d'adoption~~, d'un congé sabbatique, d'une période de mobilité volontaire sécurisée mentionnée à l'article L. 1222-12, d'une période d'activité à temps partiel au sens de l'article L. 1225-47 du présent code, d'un arrêt longue maladie prévu à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ou à l'issue d'un mandat syndical. Cet entretien peut avoir lieu, à l'initiative du salarié, à une date antérieure à la reprise de poste. II. — Tous les six ans, l'entretien professionnel mentionné au I du présent article fait un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié. Cette durée s'apprécie par référence à l'ancienneté du salarié dans l'entreprise. Cet état des lieux, qui donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié, permet de vérifier que le salarié a bénéficié au cours des six dernières années des entretiens professionnels prévus au I et d'apprécier s'il a : 1° Suivi au moins une action de formation ; 2° Acquis des éléments de certification par la formation ou par une validation des acquis de son expérience ; 3° Bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle.

Article L6323-12 du code du travail avant modification	Article L6323-12 du code du travail après modification
La période d'absence du salarié pour un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, de présence parentale, de proche aidant ou un congé parental d'éducation ou pour une maladie professionnelle ou un accident du travail est intégralement prise en compte pour le calcul de la durée du travail effectuée.	La période d'absence du salarié pour un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, supplémentaire de naissance , de présence parentale, de proche aidant ou un congé parental d'éducation ou pour une maladie professionnelle ou un accident du travail est intégralement prise en compte pour le calcul de la durée du travail effectuée.
Article L6323-28 du code du travail avant modification	Article L6323-28 du code du travail après modification
La période d'absence du travailleur indépendant, du membre d'une profession libérale ou d'une profession non salariée, du conjoint collaborateur ou de l'artiste auteur pour un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, de présence parentale ou de proche aidant, pour un congé parental d'éducation ou pour une maladie professionnelle ou un accident du travail est intégralement prise en compte pour le calcul du montant mentionné au premier alinéa de l'article L. 6323-27.	La période d'absence du travailleur indépendant, du membre d'une profession libérale ou d'une profession non salariée, du conjoint collaborateur ou de l'artiste auteur pour un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, supplémentaire de naissance , de présence parentale ou de proche aidant, pour un congé parental d'éducation ou pour une maladie professionnelle ou un accident du travail est intégralement prise en compte pour le calcul du montant mentionné au premier alinéa de l'article L. 6323-27.
Article L6323-35 du code du travail avant modification	Article L6323-35 du code du travail après modification
La période d'absence de la personne handicapée pour un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, de présence parentale, de soutien familial ou un congé parental d'éducation ou pour une maladie professionnelle ou un accident du travail est intégralement prise en compte pour le calcul du montant des droits inscrits sur le compte.	La période d'absence de la personne handicapée pour un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, supplémentaire de naissance , de présence parentale, de soutien familial ou un congé parental d'éducation ou pour une maladie professionnelle ou un accident du travail est intégralement prise en compte pour le calcul du montant des droits inscrits sur le compte.
Article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte avant modification	Article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte après modification
I.-L'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ;	I.-L'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ;

6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;

7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de travailler ainsi que durant le congé de maternité, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou durant le congé d'adoption ;

7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ;

7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;

7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire et d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;

7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;

7° sexies L'attribution au père et, le cas échéant, au conjoint de la mère, à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leur paternité ou de l'accueil de l'enfant ;

7° septies L'attribution au parent adoptif ou accueillant exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale d'une allocation forfaitaire de repos et d'indemnités journalières forfaitaires ;

7° octies L'attribution aux conjoints collaborateurs mentionnés au 1° du I de l'article L. 121-4 du code de commerce d'allocations forfaitaires de repos et d'indemnités complémentaires de remplacement à l'occasion de leur maternité, de leur paternité ou de l'accueil d'un enfant ou d'une adoption ;

8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;

9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;

11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;

12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale

6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;

7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de travailler ainsi que durant le congé de maternité, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant ~~ou durant le congé d'adoption~~ le congé d'adoption **ou durant le congé supplémentaire de naissance** ;

7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ;

7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;

7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire et d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités **ou de leur congé supplémentaire de naissance** ;

7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;

7° sexies L'attribution au père et, le cas échéant, au conjoint de la mère, à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leur paternité ou de l'accueil de l'enfant **ou de leur congé supplémentaire de naissance** ;

7° septies L'attribution au parent adoptif ou accueillant exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale d'une allocation forfaitaire de repos et d'indemnités journalières forfaitaires **à l'occasion de l'adoption ou de leur congé supplémentaire de naissance** ;

7° octies L'attribution aux conjoints collaborateurs mentionnés au 1° du I de l'article L. 121-4 du code de commerce d'allocations forfaitaires de repos et d'indemnités complémentaires de remplacement à l'occasion de leur maternité, de leur paternité ou de l'accueil d'un enfant, ~~ou d'une adoption~~ **d'une adoption ou d'un congé supplémentaire de naissance** ;

8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;

9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;

11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins

et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ; 13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°, 7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire ; 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale ; 15° L'attribution de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie mentionnée à l'article L. 168-1 du code de la sécurité sociale ; 16° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code ; 17° La couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale pour les personnes assurées ayant leurs menstruations âgées de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du même code ; 18° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ; 19° La couverture des frais relatifs aux séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale. II.-Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.	appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ; 12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ; 13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°, 7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire ; 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale ; 15° L'attribution de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie mentionnée à l'article L. 168-1 du code de la sécurité sociale ; 16° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, à l'exception de ceux afférents à la conservation des gamètes réalisée en application de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique pour des assurés non atteints d'une pathologie altérant leur fertilité et ne relevant pas de l'article L. 2141-11 du même code ; 17° La couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale pour les personnes assurées ayant leurs menstruations âgées de moins de vingt-six ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du même code ; 18° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ; 19° La couverture des frais relatifs aux séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale. II.-Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.
Article 20-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte avant modification	Article 20-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte après modification
Pour ouvrir droit aux indemnités journalières prévues au 7° du I de l'article 20-1, l'assuré social salarié ou assimilé doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum garanti prévu à	Pour ouvrir droit aux indemnités journalières prévues au 7° du I de l'article 20-1, l'assuré social salarié ou assimilé doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum garanti prévu à

l'article L. 3231-2 du code du travail, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé. Pour bénéficier des indemnités journalières en cas de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption, l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'activité professionnelle.	l'article L. 3231-2 du code du travail, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé. Pour bénéficier des indemnités journalières en cas de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ~~et d'adoption~~ d'adoption ou de congé supplémentaire de naissance, l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'activité professionnelle.
Article 20-8 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte avant modification	Article 20-8 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte après modification
L'indemnité journalière mentionnée à l'article 20-6 prévue en cas de maternité est attribuée durant la période de congé définie à l'article L. 1225-17 du code du travail, sous réserve que l'assurée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines. Lorsque le congé postnatal défini à l'article L. 1225-17 du même code est prolongé dans le cas prévu à l'article L. 1225-21 du même code, cette période supplémentaire est indemnisée dans les conditions de l'article 20-7 de la présente ordonnance. Les dispositions de l'article L. 331-4-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. L'indemnité journalière mentionnée à l'article 20-6 de la présente ordonnance, prévue en cas de paternité et d'accueil de l'enfant, est attribuée durant la période de congé définie aux premier et cinquième alinéas de l'article L. 1225-35 du code du travail, sous réserve que le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin, cesse tout travail salarié ou assimilé durant la période d'indemnisation et au moins pendant quatre jours à la suite du congé de naissance. L'indemnité est versée également durant le congé défini aux articles L. 1225-37 et L. 1225-40 du même code sous réserve que l'assuré cesse tout travail salarié ou assimilé durant la période d'indemnisation. Les indemnités journalières dues pour la maternité, la paternité et l'accueil de l'enfant et l'adoption ne sont pas cumulables avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation de la perte d'activité par l'assurance chômage ou le régime de solidarité. Un décret fixe les modalités de détermination du revenu antérieur d'activité, le montant de l'indemnité journalière ainsi que les modalités de mise en œuvre des congés maternité, paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption.	L'indemnité journalière mentionnée à l'article 20-6 prévue en cas de maternité est attribuée durant la période de congé définie à l'article L. 1225-17 du code du travail, sous réserve que l'assurée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines. Lorsque le congé postnatal défini à l'article L. 1225-17 du même code est prolongé dans le cas prévu à l'article L. 1225-21 du même code, cette période supplémentaire est indemnisée dans les conditions de l'article 20-7 de la présente ordonnance. Les dispositions de l'article L. 331-4-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. L'indemnité journalière mentionnée à l'article 20-6 de la présente ordonnance, prévue en cas de paternité et d'accueil de l'enfant, est attribuée durant la période de congé définie aux premier et cinquième alinéas de l'article L. 1225-35 du code du travail, sous réserve que le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin, cesse tout travail salarié ou assimilé durant la période d'indemnisation et au moins pendant quatre jours à la suite du congé de naissance. L'indemnité est versée également durant le congé défini aux articles L. 1225-37 et L. 1225-40 du même code sous réserve que l'assuré cesse tout travail salarié ou assimilé durant la période d'indemnisation. L'indemnité est versée également durant le congé supplémentaire de naissance défini à l'article L. 1225-46-2 du même code à condition de cesser tout travail salarié pendant la période d'indemnisation. Son montant est réduit pendant cette période et peut être rendu dégressif en fonction de la durée du congé. Les indemnités journalières dues pour la maternité, la paternité et l'accueil de l'enfant et l'adoption, ainsi que celles versées pendant le congé supplémentaire de naissance, ne sont pas cumulables avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation de la perte d'activité par l'assurance chômage ou le régime de solidarité. Un décret fixe les modalités de détermination du revenu antérieur d'activité, le montant de l'indemnité journalière ainsi que les modalités de mise en œuvre des congés maternité, paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption, ainsi que celles versées pendant le congé supplémentaire de naissance.

	Article 20-10-3 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (nouveau)
	L'article L. 623-2 du code de la sécurité sociale et l'article L. 732 12 1-1 du code rural et de la pêche maritime relatifs aux indemnités journalières et allocations forfaitaires de naissance sont applicables à Mayotte. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.
	Article 10-8 de l'ordonnance 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le département de Mayotte (nouveau)
	Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec les indemnités journalières, les allocations forfaitaires ou les indemnités complémentaires de remplacement perçues durant le congé supplémentaire de naissance mentionnées aux 7°, 7° quater, 7° sexies, 7° septies et 7° octies de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 susvisée, lorsque ces prestations sont versées au titre du même enfant.

Article 43 – Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite (CER)

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Le mécanisme de cumul emploi-retraite (CER), prévu aux articles L. 161-22 et suivants du code de la sécurité sociale permet aux assurés souhaitant exercer une activité après avoir liquidé leur retraite de cumuler leurs pensions avec leurs revenus sous certaines conditions.

Il existe deux catégories de CER :

- Le CER intégral est ouvert aux assurés qui sont entrés en jouissance de l'ensemble de leurs pensions, qui justifient des conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein et qui ont atteint l'âge d'ouverture des droits (AOD) requis pour leur génération (64 ans à terme). La pension de retraite est intégralement cumulable avec un revenu d'activité, sans aucun plafond ni délai de franchise ;
- Le CER plafonné, pour les assurés ne remplissant pas les conditions du CER intégral, notamment ceux qui n'ont pas liquidé avec le taux plein, permet aux retraités de cumuler un revenu et une pension dans la limite du dernier revenu perçu ou de 160 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), sous réserve d'un délai de non-reprise d'activité de six mois pour les salariés en cas de reprise d'activité chez le dernier employeur.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale de 2023 a par ailleurs mis fin au principe de non-crédation de droit en cumul-emploi retraite dans les régimes de base. Les cotisations versées par un assuré en cumul-emploi retraite intégral peuvent désormais ouvrir droit à une seconde pension. Ce dispositif est subordonné à l'absence de reprise d'activité chez le même employeur dans les six mois consécutifs à la liquidation de la première pension. Dès lors que cette reprise a eu lieu dans le délai de six mois, aucun droit ne peut plus être créé pour toute la durée du CER. La nouvelle pension est plafonnée à 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Par ailleurs, le principe de création de droit en CER intégral a été étendu à la plupart des régimes complémentaires de retraite, selon des modalités le plus souvent proches des régimes de base.

Le CER plafonné n'est pas harmonisé entre régimes de base et entre régimes de base et régimes complémentaires. Les assurés peuvent faire l'objet d'un double écrêtement en leur défaveur en raison de l'absence de règles communes, voire subir une suspension de leur pension au titre de leur régime complémentaire. C'est notamment le cas à l'Agirc-Arrco, qui prévoit que le versement de la pension de retraite complémentaire est suspendu si la somme des revenus issus de la reprise d'activité et des pensions perçues dépassent cumulativement un montant égal à 160 % du Smic, le dernier salaire normal d'activité et le salaire moyen des dix dernières années d'activité.

Dans son rapport de mai 2025 intitulé « Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir », la Cour des comptes constate que les paramètres du cumul emploi-retraite sont incohérents avec l'objectif de report de l'âge effectif de départ à la retraite. Elle met en évidence une concurrence avec la surcote et la retraite progressive. Elle considère que le dispositif contribue indirectement à abaisser l'âge effectif de départ à la retraite moyen, en particulier en raison de la possibilité d'un CER intégral dès l'âge légal de départ en retraite. Au surplus le CER est de plus en plus mobilisé par des assurés bénéficiant par ailleurs de départs anticipés, notamment les départs anticipés pour carrières longues. De surcroît, les évolutions du dispositif sur les vingt dernières années ont renforcé sa complexité et nuisent à son intelligibilité pour les assurés.

b) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à simplifier le dispositif de CER et à mieux l'articuler avec l'âge d'ouverture des droits et l'âge d'annulation de la décote, afin de limiter les incitations à des départs précoces.

Les obligations de rupture du lien avec l'employeur (contrat de travail) et de cessation d'activité agricole sont maintenues. En cas de non-respect de cette condition, le versement de la pension est suspendu. La liste des activités pouvant être poursuivie sans lien avec l'employeur est renvoyée au pouvoir réglementaire. Elle pourra être maintenue voire enrichie pour répondre aux besoins de secteurs en tension sans nécessité de recourir à la loi, comme pour les assistants familiaux.

Les règles d'écrêtement sont rendues communes à l'ensemble des régimes de base et complémentaires. A cet égard, le régime du CER plafonné, dont ne bénéficiaient pas les non-salariés agricoles, leur est étendu. Les revenus pris en compte sont limités aux revenus professionnels, excluant par exemple les indemnités d'élus qui pourront, comme aujourd'hui, être cumulées intégralement, quel que soit l'âge. Les revenus de remplacement (indemnité journalières maladie, chômage indemnisé, revenus d'activité partielle) pourront être pris en compte pour l'écrêtement. La liste en sera fixée par décret.

Il est prévu un dispositif de cumul de la pension et de revenus professionnels et de remplacement en trois étapes :

- **Avant l'âge légal** : un écrêtement de la pension de retraite à hauteur de 100 % des revenus en cas de reprise d'activité et ce dès le premier euro. Il a pour objet de désinciter au cumul emploi-retraite avant l'atteinte de l'âge d'ouverture des droits (64 ans à terme), au profit de la retraite progressive =. Ce dispositif vise notamment les bénéficiaires de départs anticipés pour carrière longue tant qu'ils n'ont pas atteint l'AOD ; Les personnes qui peuvent et souhaitent continuer à travailler, pourront toujours aménager leur fin de carrière avec le dispositif de retraite progressive, ouvert dès l'âge de 60 ans ;

- **Entre l'âge légal et l'âge d'annulation de la décote (67 ans) :** le cumul sera libre dans la limite d'un seuil annuel fixé par décret et qui pourrait être de 7 000 euros par an. En cas de dépassement les pensions seront écrêtées à hauteur de 50 % des revenus. Des règles de répartition de l'écrêtement entre les différentes pensions seront définies, en priorisant les régimes de base. Le délai de carence de six mois en cas de reprise d'activité chez le même employeur est supprimé ;
- **Au-delà de 67 ans :** le cumul est intégral et créateur de droits.

Par souci de simplification, l'obligation pour les assurés de déclarer leur reprise d'activité et leurs revenus à la caisse de retraite est supprimée. Les caisses de retraite contrôleront automatiquement le dépassement du seuil de revenus via le Dispositif de Ressources Mensuelles (DRM), alimenté par les déclarations des employeurs et des organismes de protection sociale.

La condition de subsidiarité est étendue à l'ensemble du dispositif de CER, alors qu'elle était auparavant opposable au seul CER intégral. A défaut de son respect, les assurés ayant fait le choix de reprendre une activité sans avoir liquidé l'ensemble de leurs pensions de retraite de base et complémentaire, en France et à l'étranger, verront le paiement de leur pension de retraite de base suspendu. Les dérogations au CER plafonnées sont supprimées à l'exception de la possibilité pour le Gouvernement d'y déroger de manière temporaire en cas de circonstances exceptionnelles.

La création de nouveaux droits à retraite en cumul emploi-retraite est maintenue pour les bénéficiaires du CER intégral. Elle est donc ouverte à partir de 67 ans. Le délai de non-reprise d'activité chez le même employeur de six mois pour bénéficier d'une seconde pension et le plafond de pension, fixé à 5 % du plafond de la sécurité sociale, sont supprimés. Désormais limité aux plus de 67 ans, ce dispositif ne justifie plus que soit mis en place une information renforcée sur les droits en cours de constitution (relevé de situation individuel et estimation incitative globale). Le droit à l'information est maintenu mais prendra des formes plus souples.

Pour les pensionnés des régimes des mineurs, des marins, des militaires, des artistes du ballet de l'Opéra de Paris, les règles dérogatoires permettant, sous conditions, un cumul intégral dès la liquidation de la pension sont maintenues. En effet, ces professionnels peuvent arrêter leur carrière précocement et bénéficient donc très tôt d'une pension de retraite qu'ils peuvent cumuler avec les revenus d'une nouvelle activité, dans des conditions spécifiques synthétisées dans le tableau ci-dessous. Par ailleurs, les dérogations actuelles au bénéfice des policiers retraités, reprenant une activité visée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure (métiers de sécurité, convoyeur de fonds, protection) ou les activités de certains professionnels de santé exercées à l'hôpital ou en zone sous-denses seront maintenues en l'état, en fixant les conditions précises par décret.

Cette mesure s'appliquera aux assurés dont la première pension prend effet à compter du 1er janvier 2027. Les assurés dont au moins une pension (sauf si cette pension est issue du régime des militaires, des marins, des mineurs ou de l'Opéra de Paris) a pris effet avant le 1er janvier 2027, ne seront pas concernés par la mesure (clause du grand-père).

c) Autres options possibles

Un maintien en l'état du dispositif actuel de cumul emploi-retraite, tel qu'issu de la réforme de 2023, aurait pu être envisagé. Néanmoins, il présente le double inconvénient (i) de manquer de lisibilité auprès des assurés eu égard à sa complexité et (ii) de ne pas répondre à l'objectif d'incitation à la poursuite d'activité des travailleurs expérimentés et au report de leur âge de départ à la retraite.

S'agissant des régimes spéciaux, une autre option pourrait être la suppression des régimes particuliers de CER des militaires, marins, danseurs de l'opéra et mineurs. Néanmoins ces spécificités visent à compenser une liquidation à un âge relativement jeune en raison de la spécificité même de l'activité professionnelle. Cela conduit donc à une première carrière incomplète incitant les titulaires de ces pensions à poursuivre une seconde carrière au régime général.

Le dispositif aurait pu être appliqué également au stock, à savoir à l'ensemble des assurés dont au moins une pension a pris effet avant le 1er janvier 2027. Toutefois, ces assurés sont potentiellement entrés en jouissance de cette première pension dans la perspective de pouvoir bénéficier du régime de cumul emploi-retraite plafonné ou intégral. Ils pourraient donc subir une perte sensible de leurs revenus sans pouvoir revenir sur leur décision de départ à la retraite.

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

Les mesures proposées trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1^{er} de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses nationales de retraite disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...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

L'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les articles L. 634-6, L. 643-6 et L. 653-7 du code de la sécurité sociale doivent être abrogés.

Les articles L. 84, L. 86, L. 86-1, L. 92 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les articles L. 254-1, L. 411-64, L. 732-39, L. 732-40 et L. 781-29 du code rural et de la pêche maritime, les articles L. 161-17, L. 161-22, L. 161-22-1, L. 161-22-1-1, L. 161-22-1-2, L. 161-22-1-4, L. 642-4-2 et L. 645-2 du code de la sécurité sociale, l'article L. 5552-38 du code des transports, le e bis du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, l'article 6-1 de la loi n° 89-1007 du 31 décembre 1989 relative au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne, le 1° de l'article 14-1 ainsi que l'article 23-4 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 doivent être modifiés .

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite définissant des règles d'écêtement spécifiques à la fonction publique est abrogé.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Les assurés seraient incités à reporter leur départ à la retraite, réduisant les pensions versées et augmentant les cotisations perçues par le système de retraite. A moyen et long termes, l'augmentation du nombre d'individus en CER partiel réduirait les masses de seconde pension à verser aux assurés, améliorant le solde du système de retraite. Une application de la mesure au flux de retraités à partir de 2027, avec un seuil d'écèlement à 7 000€, permettrait d'économiser de l'ordre de 0,4 Md€ en 2027 et de 1,9 Md€ en 2030 tous régimes (RG et complémentaires). Cette mesure aurait, par ailleurs, des effets en recettes sur les autres branches de Sécurité sociale, de l'ordre de 20 M€ en 2027, 50 M€ en 2028, 70 M€ en 2029 et 90 M€ en 2030. Ces effets ne tiennent pas compte des effets retour en dépenses (IJ, chômage, etc.), ni des effets sur l'impôt sur le revenu.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2026	2027	2028	2029	2030
RG+AA		+0,4	+0,9	+1,4	+1,9
- Maladie		+0,02	+0,04	+0,05	+0,07
- AT-MP		<+0,01	<+0,01	<+0,01	<+0,01
- Famille		<+0,01	<+0,01	+0,01	+0,02
- Vieillesse		+0,22	+0,53	+0,79	+1,1
- Autonomie		<-0,01	<-0,01	<-0,01	-0,01
Etat		<+0,01	<+0,01	<+0,01	<+0,01
Régimes complémentaires et Unédic		+0,15	+0,35	+0,54	+0,76

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

a) impacts économiques

La mesure permettra de simplifier le recours au cumul emploi retraite (notamment en supprimant les délais de carence) et de le rendre plus avantageux pour les personnes à faibles revenus qui ne peuvent plus poursuivre leur activité professionnelle avec la même intensité, tout en incitant à repousser l'âge de la liquidation pour les personnes à plus hauts revenus qui sont encore capables de travailler. Cela aura donc un effet positif sur leur taux d'emploi, notamment des seniors, et sur le taux de croissance.

b) impacts sociaux

Les modalités de plafonnement toucheront essentiellement les assurés des déciles de revenus les plus importants, ce qui pourra les inciter à reporter leur date liquidation de pension de retraite. Les déciles du bas de la distribution de revenus seront quant à eux préservés de l'écèlement à 50 % de leur pension, dans la mesure où ils seront sous le seuil de revenus conditionnant cet écèlement.

La détermination du droit au cumul emploi-retraite intégral et à la seconde pension (CER créateur de droit) à compter de l'âge automatique de droit à taux plein, à savoir 67 ans, visera l'ensemble des personnes en situation de cumul, peu important leur niveau de pension ou de revenus.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Les assurés éligibles à une retraite anticipée pour travailleurs handicapés ainsi que ceux éligibles à une retraite pour inaptitude sont le plus souvent dans une situation qui ne permet pas le maintien en activité au moment de la liquidation de leur pension, qui se fait pour cette raison de manière anticipée. Les règles d'écèlement leur sont néanmoins applicables en droit.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

La mesure devrait emporter un impact plus important sur les hommes dont la rémunération en situation de cumul emploi-retraite est plus élevée que celles des femmes. Ces dernières sont davantage dans des situations de cumul emploi retraite avec de faibles revenus (service à la personne par exemple) que les hommes qui sont quant à eux surreprésentés dans les catégories CSP +. Avec une application de la mesure au flux, près de 4 % des hommes en CER décaleraient leur départ, contre 2 % des femmes en CER. Les assurés cumulant une pension et un revenu d'activité sont par ailleurs plus souvent des hommes (57 %) que des femmes (43 %) d'après l'enquête emploi 2023.

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 réforme améliore la lisibilité du dispositif de cumul emploi-retraite pour les assurés, et de manière plus générale la lisibilité des dispositifs de transition entre l'emploi et la retraite comme la retraite progressive, dont l'âge d'ouverture des droits est abaissé à 60 ans à compter du 1^{er} septembre 2025, et les dispositifs d'incitation à la poursuite d'activité comme la surcote.

Elle n'entraîne pas de démarches administratives supplémentaires. Au contraire, elle assouplit les démarches déclaratives des assurés en les exemptant de l'obligation d'informer leur caisse de retraite en cas de reprise d'activité et de dépassement du plafond précédemment applicable. Leur charge administrative sera ainsi allégée.

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

Cette mesure nécessitera des développements des systèmes d'information dans les caisses de retraite pour implémenter les nouvelles règles, ainsi qu'une formation des personnels des caisses concernés.

L'outil de simulation du GIP Union Retraite pour la constitution de nouveaux droits en cumul emploi-retraite devra prendre en compte ces évolutions.

Les différents régimes de retraite devront assurer l'information des assurés sur le dispositif réformé de cumul emploi-retraite.

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

Le surcroît d'activité transitoire de liquidation attendu pendant les premières années de montée en charge pourrait conduire les caisses de sécurité sociale, et notamment la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), à dédier des moyens spécifiques afin d'y faire face dans le cadre des moyens prévus dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

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 modification de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale relative aux règles relatives au cumul emploi-retraite applicables à l'ensemble des régimes de retraite de base sera nécessaire en 2026.

Pour les régimes spéciaux appliquant le cumul emploi-retraite dont les règles sont définies par décret, la modification sera à opérer en 2026.

Pour les travailleurs indépendants et les professions libérales, seront concernés les textes suivants : les articles D. 634-11-1, D. 634-11-3, D. 634-11-4, D. 634-11-7, D. 643-10, D. 643-10-1, D. 644-3 et D. 645-2 du code de la sécurité sociale (CSS) doivent être modifiés.

Les articles R. 653-9 et R. 653-10 du CSS doivent être modifiés.

Les articles D. 634-11-2, D. 634-11-5, D. 634-13-1 et D. 643-10-2 du CSS doivent être abrogés.

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 du régime général, la mise en œuvre de la réforme pourra intervenir à compter de janvier 2027, l'adaptation des systèmes d'information sera effective courant de l'année 2026. Elle permettra notamment à la CNAV opérateur de mettre en place un outil informatique dédié à l'automatisation de l'écrêtement des pensions servies par l'ensemble des régimes.

Les régimes de retraite assureront l'information des assurés notamment sur leur site internet ou encore par l'actualisation de la notice des formulaires de demandes de pension de retraite.

c) Suivi de la mise en œuvre

La mesure fera l'objet d'un suivi particulier, notamment dans le cadre des REPSS consacrés aux retraites annexés aux PLFSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code des pensions civiles et militaires de retraite	
Article L. 84 avant modification	Article L. 84 après modification
L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, à l'exception de son premier alinéa, n'est pas applicable aux personnes régies par le présent code. Les articles L. 161-22, L. 161-22-1, L. 161-22-1-1 et L. 161-22-1-2 du même code ne sont pas applicables aux bénéficiaires d'une pension militaire. Si, à compter de la mise en paiement d'une pension civile ou militaire, son titulaire perçoit des revenus d'activité de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1, ou de tout autre employeur pour les fonctionnaires civils, il peut cumuler sa pension dans les conditions fixées aux articles L. 85, L. 86 et L. 86-1 et à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale. Par dérogation au précédent alinéa, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle : a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ; b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin. Le présent article et les articles L. 85 et L. 86-1 ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande ou bénéficie d'une pension au titre de l'article L. 89 bis du présent code et des articles L. 161-22-1-5 et L. 161-22-1-9 du code de la sécurité sociale.	~~L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, à l'exception de son premier alinéa, n'est pas applicable aux personnes régies par le présent code. Les articles L. 161-22, L. 161-22-1, L. 161-22-1-1 et L. 161-22-1-2 du même code ne sont pas applicables aux bénéficiaires d'une pension militaire.~~ ~~Si, à compter de la mise en paiement d'une pension civile ou militaire, son titulaire perçoit des revenus d'activité de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1, ou de tout autre employeur pour les fonctionnaires civils, il peut cumuler sa pension dans les conditions fixées aux articles L. 85, L. 86 et L. 86-1 et à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale.~~ ~~Par dérogation au précédent alinéa, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :~~ ~~a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ;~~ ~~b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.~~ ~~La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.~~ ~~Le présent article et les articles L. 85 et L. 86-1 ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande ou bénéficie d'une pension au titre de l'article L. 89 bis du présent code et des articles L. 161-22-1-5 et L. 161-22-1-9 du code de la sécurité sociale.~~ Sous réserve des dispositions du présent titre, les dispositions prévues aux articles L.161-22 à L.161-22-1-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent à l'ensemble des personnes régies par le présent code.
Article L. 85 avant modification	Article L. 85 après modification
Le montant brut des revenus d'activité mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 84 ne peut, par année civile, excéder le tiers du montant brut de la pension pour l'année considérée. Lorsqu'un excédent est constaté, il est déduit de la pension après application d'un abattement égal à la moitié du minimum fixé au a de l'article L. 17, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	~~Le montant brut des revenus d'activité mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 84 ne peut, par année civile, excéder le tiers du montant brut de la pension pour l'année considérée.~~ ~~Lorsqu'un excédent est constaté, il est déduit de la pension après application d'un abattement égal à la moitié du minimum fixé au a de l'article L. 17, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.~~
Article L. 86 avant modification	Article L. 86 après modification
I. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux dispositions du	~~I. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux dispositions du~~

deuxième alinéa de l'article L. 84 et de l'article L. 85, les revenus perçus à l'occasion de l'exercice des activités suivantes peuvent être entièrement cumulés avec la pension :

1° Activités entraînant affiliation au régime général de la sécurité sociale en application du 15° de l'article L. 311-3 et de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les activités exercées par les artistes interprètes rattachés au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 640-1 du même code ;

2° Activités entraînant la production d'oeuvres de l'esprit au sens des articles L. 112-2 et L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle ;

3° Participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire.

4° Activités de professionnels de santé, au sens de la quatrième partie du code de la santé publique, exercées dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du même code.

I bis.-Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 84 et à l'article L. 85 du présent code, les revenus perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité mentionnée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure peuvent être entièrement cumulés avec la pension s'agissant des fonctionnaires mentionnés à l'article L. 414-4 du code général de la fonction publique.

II. – En outre, par dérogation aux mêmes dispositions, peuvent cumuler intégralement le montant de leur pension avec des revenus d'activité :

1° Les titulaires de pensions civiles et militaires ou d'une solde de réforme allouées pour invalidité ;

2° Les titulaires de pensions militaires non officiers rémunérant moins de vingt-cinq ans de services et les titulaires de pensions militaires atteignant la limite d'âge du grade qu'ils détenaient en activité ou la limite de durée de services qui leur était applicable en activité, même dans le cas où ces pensions se trouveraient modifiées à la suite de services nouveaux effectués pendant un rappel à l'activité donnant lieu à promotion de grade ;

3° Les titulaires de pensions ayant atteint, avant le 1er janvier 2004, la limite d'âge qui leur était applicable dans leur ancien emploi.

~~deuxième alinéa de l'article L. 84 et de l'article L. 85, les revenus perçus à l'occasion de l'exercice des activités suivantes peuvent être entièrement cumulés avec la pension :~~

~~1° Activités entraînant affiliation au régime général de la sécurité sociale en application du 15° de l'article L. 311-3 et de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les activités exercées par les artistes interprètes rattachés au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 640-1 du même code ;~~

~~2° Activités entraînant la production d'oeuvres de l'esprit au sens des articles L. 112-2 et L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle ;~~

~~3° Participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire.~~

~~4° Activités de professionnels de santé, au sens de la quatrième partie du code de la santé publique, exercées dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du même code.~~

~~I bis.— Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 84 et à l'article L. 85 du présent code, les revenus perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité mentionnée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure peuvent être entièrement cumulés avec la pension s'agissant des fonctionnaires mentionnés à l'article L. 414-4 du code général de la fonction publique.~~

~~II.— En outre, par dérogation aux mêmes dispositions, peuvent cumuler intégralement le montant de leur pension avec des revenus d'activité :~~

~~1° Les titulaires de pensions civiles et militaires ou d'une solde de réforme allouées pour invalidité ;~~

~~2° Les titulaires de pensions militaires non officiers rémunérant moins de vingt-cinq ans de services et les titulaires de pensions militaires atteignant la limite d'âge du grade qu'ils détenaient en activité ou la limite de durée de services qui leur était applicable en activité, même dans le cas où ces pensions se trouveraient modifiées à la suite de services nouveaux effectués pendant un rappel à l'activité donnant lieu à promotion de grade ;~~

~~3° Les titulaires de pensions ayant atteint, avant le 1er janvier 2004, la limite d'âge qui leur était applicable dans leur ancien emploi.~~

Par dérogation au C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, le titulaire d'une pension militaire qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du présent code peut cumuler intégralement sa pension et ces revenus dans la limite d'un plafond annuel égal à la somme, pour l'année considérée, du tiers du montant brut de sa pension et de la moitié du minimum fixé au a de l'article L. 17 du même code. Lorsqu'un excédent est constaté, la pension est réduite à due concurrence.

Par dérogation au premier alinéa, peut entièrement cumuler sa pension servie avec les revenus professionnels et de remplacement :

1° Le titulaire d'une pension militaire non officier rémunérant moins de vingt-cinq années de services et le titulaire d'une pension militaire atteignant la limite d'âge du grade qu'ils détenaient en activité ou la limite de durée de services qui lui était applicable en activité, même dans le cas où sa pension se trouverait modifiée à la suite de services nouveaux effectués pendant un rappel à l'activité donnant lieu à promotion de grade ;

	2° Le titulaire d'une pension ayant atteint, avant le 1er janvier 2004, la limite d'âge qui lui était applicable dans son ancien emploi. Le bénéficiaire d'une pension militaire concerné par le régime de cumul prévu au premier alinéa est tenu de faire connaître annuellement au service qui lui verse sa pension le montant de ses revenus professionnels et de remplacement.
Article L. 86-1 avant modification	Article L. 86-1 après modification
Les employeurs mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 84 sont les suivants : 1° Les administrations de l'Etat et leurs établissements publics ne présentant pas un caractère industriel ou commercial ; 2° Les collectivités territoriales et les établissements publics ne présentant pas un caractère industriel ou commercial qui leur sont rattachés ; 3° Les établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les employeurs mentionnés aux alinéas précédents qui accordent un revenu d'activité au titulaire d'une pension civile ou militaire, ainsi que le titulaire de la pension, en font la déclaration dans des conditions définies par un décret en Conseil d'Etat. Ces dispositions sont de même applicables aux retraités régis par la législation locale applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.	Les employeurs mentionnés au ~~deuxième alinéa de l'article L. 84~~ premier alinéa de l'article L. 86 sont les suivants : 1° Les administrations de l'Etat et leurs établissements publics ne présentant pas un caractère industriel ou commercial ; 2° Les collectivités territoriales et les établissements publics ne présentant pas un caractère industriel ou commercial qui leur sont rattachés ; 3° Les établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les employeurs mentionnés aux alinéas précédents qui accordent un revenu d'activité au titulaire d'une pension civile ou militaire, ainsi que le titulaire de la pension, en font la déclaration dans des conditions définies par un décret en Conseil d'Etat. Ces dispositions sont de même applicables aux retraités régis par la législation locale applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.
Article L. 92 avant modification	Article L. 92 après modification
Quiconque aura touché ou tenté de toucher les arrérages d'une pension dont il n'est pas titulaire ou pour l'encaissement de laquelle il n'a pas une procuration du véritable titulaire ou un mandat légal, quiconque aura fait une fausse déclaration pour obtenir la concession ou le paiement d'une pension, sera puni d'un emprisonnement de cinq ans au plus et d'une amende qui ne pourra excéder le montant des arrérages d'une année, le tout sans préjudice du remboursement des arrérages indûment touchés et de l'action civile des intéressés, et sans préjudice soit des peines plus graves en cas de faux ou d'autres crimes prévus et punis par les lois en vigueur, soit de la perte de la pension édictée par l'article L. 85 en cas de fausse déclaration relative au cumul. Si le coupable est un fonctionnaire ou un officier public en activité de service au moment où la fraude a été commise, ou un employé travaillant dans les bureaux d'un comptable public, d'un notaire ou d'une mairie, la peine sera celle de dix ans d'emprisonnement sans préjudice de l'amende. Les coupables pourront, en outre, être privés des droits mentionnés en l'article 131-26 du code pénal, du jour où ils auraient subi leur peine.	Quiconque aura touché ou tenté de toucher les arrérages d'une pension dont il n'est pas titulaire ou pour l'encaissement de laquelle il n'a pas une procuration du véritable titulaire ou un mandat légal, quiconque aura fait une fausse déclaration pour obtenir la concession ou le paiement d'une pension, sera puni d'un emprisonnement de cinq ans au plus et d'une amende qui ne pourra excéder le montant des arrérages d'une année, le tout sans préjudice du remboursement des arrérages indûment touchés et de l'action civile des intéressés, et sans préjudice soit des peines plus graves en cas de faux ou d'autres crimes prévus et punis par les lois en vigueur, soit de la perte de la pension édictée par l'article ~~L. 85~~ L. 86 en cas de fausse déclaration relative au cumul. Si le coupable est un fonctionnaire ou un officier public en activité de service au moment où la fraude a été commise, ou un employé travaillant dans les bureaux d'un comptable public, d'un notaire ou d'une mairie, la peine sera celle de dix ans d'emprisonnement sans préjudice de l'amende. Les coupables pourront, en outre, être privés des droits mentionnés en l'article 131-26 du code pénal, du jour où ils auraient subi leur peine.
Code rural et de la pêche maritime	
Article 254-1 avant modification	Article 254-1 après modification
[...] II.-Est subordonné à la détention d'un agrément l'exercice des activités suivantes :	[...] II.-Est subordonné à la détention d'un agrément l'exercice des activités suivantes :

1° La mise en vente, la vente ou la distribution à titre gratuit des produits phytopharmaceutiques aux utilisateurs de ces produits ou aux personnes physiques ou morales agissant pour leur compte, y compris les groupements d'achats ; 2° L'application, en qualité de prestataire de services, des produits phytopharmaceutiques, sauf si elle est effectuée dans le cadre de contrats d'entraide à titre gratuit au sens de l'article L. 325-1 ou par un exploitant agricole titulaire du certificat mentionné au II de l'article L. 254-3 sur des exploitations dont la surface agricole utile est inférieure ou égale à la surface définie en application du premier alinéa du V de l'article L. 732-39, ou si les produits appliqués sont des produits de biocontrôle définis à l'article L. 253-6 et ne faisant pas l'objet d'une classification mentionnée à l'article L. 253-4 ou si ces produits sont des produits à faible risque au sens de l'article 47 du règlement (CE) n° 1107/2009 du 21 octobre 2009 ou s'ils sont uniquement composés de substances de base au sens de l'article 23 du même règlement. [...]	1° La mise en vente, la vente ou la distribution à titre gratuit des produits phytopharmaceutiques aux utilisateurs de ces produits ou aux personnes physiques ou morales agissant pour leur compte, y compris les groupements d'achats ; 2° L'application, en qualité de prestataire de services, des produits phytopharmaceutiques, sauf si elle est effectuée dans le cadre de contrats d'entraide à titre gratuit au sens de l'article L. 325-1 ou par un exploitant agricole titulaire du certificat mentionné au II de l'article L. 254-3 sur des exploitations dont la surface agricole utile est inférieure ou égale à la surface définie en application ~~du premier alinéa du~~ de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-39, ou si les produits appliqués sont des produits de biocontrôle définis à l'article L. 253-6 et ne faisant pas l'objet d'une classification mentionnée à l'article L. 253-4 ou si ces produits sont des produits à faible risque au sens de l'article 47 du règlement (CE) n° 1107/2009 du 21 octobre 2009 ou s'ils sont uniquement composés de substances de base au sens de l'article 23 du même règlement. [...]
Article L. 411-64 avant modification	Article L. 411-64 après modification
Le droit de reprise tel qu'il est prévu aux articles L. 411-58 à L. 411-63, L. 411-66 et L. 411-67 ne peut être exercé au profit d'une personne ayant atteint, à la date prévue pour la reprise, l'âge de la retraite retenu en matière d'assurance vieillesse des exploitants agricoles, sauf s'il s'agit, pour le bénéficiaire du droit de reprise, de constituer une exploitation ayant une superficie au plus égale à la surface fixée en application du V de l'article L. 732-39. Si la superficie de l'exploitation ou des exploitations mises en valeur par le preneur est supérieure à cette limite, le bailleur peut, par dérogation aux articles L. 411-5 et L. 411-46 : -soit refuser le renouvellement du bail au preneur ayant atteint l'âge de la retraite retenu en matière d'assurance vieillesse des exploitants agricoles ; -soit limiter le renouvellement à l'expiration de la période triennale au cours de laquelle le preneur atteindra cet âge. [...]	Le droit de reprise tel qu'il est prévu aux articles L. 411-58 à L. 411-63, L. 411-66 et L. 411-67 ne peut être exercé au profit d'une personne ayant atteint, à la date prévue pour la reprise, l'âge de la retraite retenu en matière d'assurance vieillesse des exploitants agricoles, sauf s'il s'agit, pour le bénéficiaire du droit de reprise, de constituer une exploitation ayant une superficie au plus égale à la surface fixée en application ~~du V de l'avant-dernier alinéa~~ de l'article L. 732-39. Si la superficie de l'exploitation ou des exploitations mises en valeur par le preneur est supérieure à cette limite, le bailleur peut, par dérogation aux articles L. 411-5 et L. 411-46 : -soit refuser le renouvellement du bail au preneur ayant atteint l'âge de la retraite retenu en matière d'assurance vieillesse des exploitants agricoles ; -soit limiter le renouvellement à l'expiration de la période triennale au cours de laquelle le preneur atteindra cet âge. [...]
Article L. 732-39 avant modification	Article L. 732-39 après modification
I. - Le service d'une pension de retraite, prenant effet postérieurement au 1er janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole. Le service d'une pension de retraite liquidée par un régime d'assurance vieillesse de base est suspendu dès lors que l'assuré reprend une activité non salariée agricole. II. - Les dispositions du I ne sont pas applicables aux assurés ayant obtenu, avant le 1er janvier 1986, le service d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 31 mars 1983 dans un des régimes énumérés au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 30 juin 1984 dans un régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.	~~I. - Le service d'une pension de retraite, prenant effet postérieurement au 1er janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole.~~ ~~Le service d'une pension de retraite liquidée par un régime d'assurance vieillesse de base est suspendu dès lors que l'assuré reprend une activité non salariée agricole.~~ ~~II. - Les dispositions du I ne sont pas applicables aux assurés ayant obtenu, avant le 1er janvier 1986, le service d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 31 mars 1983 dans un des régimes énumérés au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 30 juin 1984 dans un régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.~~

III. - Par dérogation au I, et sous réserve que l'assuré justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité donnant lieu à assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles dans les conditions mentionnées au 2° du I de l'article L. 722-5 du présent code ou en fonction de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° du même I. Par dérogation au I du présent article et sous réserve que l'assuré justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 du présent code qui justifient des conditions fixées aux a et b du présent III peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. IV. - Le I du présent article ne fait obstacle à l'exercice des activités énumérées aux 1° à 9° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale. V. - L'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1 détermine, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement, la superficie dont un agriculteur est autorisé à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur sans que cela fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire. Le présent article n'est pas applicable à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de l'article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale. VI. - L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ne s'applique pas aux personnes relevant du présent article. La poursuite ou la reprise d'une activité par les personnes mentionnées au III du présent article et, sous réserve du respect des conditions prévues au même III, par les personnes mentionnées au IV donne lieu à la constitution de nouveaux droits à pension dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale.	~~III. Par dérogation au I, et sous réserve que l'assuré justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité donnant lieu à assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles dans les conditions mentionnées au 2° du I de l'article L. 722-5 du présent code ou en fonction de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° du même I.~~ ~~Par dérogation au I du présent article et sous réserve que l'assuré justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 du présent code qui justifient des conditions fixées aux a et b du présent III peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.~~ ~~IV. Le I du présent article ne fait obstacle à l'exercice des activités énumérées aux 1° à 9° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.~~ ~~V. L'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1 détermine, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement, la superficie dont un agriculteur est autorisé à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur sans que cela fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire.~~ ~~Le présent article n'est pas applicable à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de l'article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale.~~ ~~VI. L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ne s'applique pas aux personnes relevant du présent article. La poursuite ou la reprise d'une activité par les personnes mentionnées au III du présent article et, sous réserve du respect des conditions prévues au même III, par les personnes mentionnées au IV donne lieu à la constitution de nouveaux droits à pension dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale.~~ Le service d'une pension de vieillesse, liquidée au titre du régime institué par le présent chapitre, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole. Par dérogation à l'alinéa précédent, cette disposition n'est pas applicable aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant une activité donnant lieu à affiliation au régime de protection sociale des non-salariés agricoles sur le fondement du 2° du I de l'article L. 722-5 du présent code ou par application de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° du même I et aux personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10. L'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1 détermine, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement, la superficie dont un agriculteur est autorisé à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur sans que cela fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire. Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'exercice des activités énumérées au B du I de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.
Article L. 732-40 avant modification	Article L. 732-40 après modification

Sur demande de l'assuré motivée par l'impossibilité de céder, notamment dans les conditions normales du marché, son exploitation en pleine propriété ou selon les modalités prévues au livre IV et après avis de la commission départementale d'orientation de l'agriculture, instituée par l'article L. 313-1, l'intéressé peut être autorisé par le préfet à poursuivre la mise en valeur de son exploitation sans que l'exercice de cette activité professionnelle fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire : cette autorisation, renouvelable dans les mêmes formes, est donnée pour une durée limitée ne pouvant excéder un maximum fixé par décret. L'article L. 161-22 du même code ne s'applique pas aux assurés mentionnés au premier alinéa du présent article. La poursuite de la mise en valeur de l'exploitation dans les conditions prévues au même premier alinéa ne fait pas obstacle à la constitution de nouveaux droits à pension dans le régime institué par le présent chapitre en application de l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que l'assuré justifie des conditions mentionnées aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du même code.	Sur demande de l'assuré motivée par l'impossibilité de céder, notamment dans les conditions normales du marché, son exploitation en pleine propriété ou selon les modalités prévues au livre IV et après avis de la commission départementale d'orientation de l'agriculture, instituée par l'article L. 313-1, l'intéressé peut être autorisé par le préfet à poursuivre la mise en valeur de son exploitation sans que l'exercice de cette activité professionnelle fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire : cette autorisation, renouvelable dans les mêmes formes, est donnée pour une durée limitée ne pouvant excéder un maximum fixé par décret. ~~L'article L. 161-22 du même code ne s'applique pas aux assurés mentionnés au premier alinéa du présent article.~~ ~~La poursuite de la mise en valeur de l'exploitation dans les conditions prévues au même premier alinéa ne fait pas obstacle à la constitution de nouveaux droits à pension dans le régime institué par le présent chapitre en application de l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que l'assuré justifie des conditions mentionnées aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du même code.~~
Article L. 781-29 avant modification	Article L. 781-29 après modification
Les dispositions de l'article L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II du titre III du présent livre sont applicables aux personnes non salariées agricoles de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Mayotte, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin dans leur rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section. Les caisses mentionnées aux troisième et cinquième alinéas de l'article L. 781-2 et au premier alinéa de l'article L. 781-44 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1^{er} janvier 1990.	Les dispositions de l'article L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II du titre III du présent livre sont applicables aux personnes non salariées agricoles de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Mayotte, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin dans leur rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section. Les caisses mentionnées aux troisième et cinquième alinéas de l'article L. 781-2 et au premier alinéa de l'article L. 781-44 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1^{er} janvier 1990. Par dérogation au premier alinéa, les articles L. 732-39 et L. 732-40 dans leur rédaction issue de la loi n° 2025-xxx du xxx xxx 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 sont applicables aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension servie au titre du régime des non-salariés des professions agricoles à compter du 1^{er} janvier 2027.
Code de la sécurité sociale	
Article L. 161-17 avant modification	Article L. 161-17 après modification
[...] III.-Toute personne a le droit d'obtenir, dans des conditions précisées par décret, un relevé de sa situation individuelle au regard de l'ensemble des droits qu'elle s'est constitués dans les régimes de retraite légalement obligatoires. Les régimes de retraite légalement obligatoires et les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions sont tenus d'adresser périodiquement, à titre de renseignement, un relevé de la situation individuelle de l'assuré au regard de l'ensemble des droits qu'il s'est constitués dans ces régimes. L'assuré bénéficie d'un	[...] III.-Toute personne a le droit d'obtenir, dans des conditions précisées par décret, un relevé de sa situation individuelle au regard de l'ensemble des droits qu'elle s'est constitués dans les régimes de retraite légalement obligatoires. Les régimes de retraite légalement obligatoires, de base et complémentaires, et les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions sont tenus d'adresser périodiquement, à titre de renseignement, un relevé de la situation individuelle de l'assuré au regard de l'ensemble des droits qu'il s'est constitués dans ces régimes, à l'exclusion des nouveaux droits acquis au titre de l'article L. 161-22-1-1 ou de

service en ligne lui donnant accès à tout moment à son relevé actualisé, l'informant sur les régimes dont il relève et lui permettant de réaliser certaines démarches administratives et d'échanger avec les régimes concernés des documents dématérialisés. IV.-Dans des conditions fixées par décret, à partir d'un certain âge et selon une périodicité déterminée par le décret susmentionné, chaque personne reçoit, d'un des régimes auquel elle est ou a été affiliée, une estimation indicative globale du montant des pensions de retraite auxquelles les durées d'assurance, de services ou les points qu'elle totalise lui donnent droit, à la date à laquelle la liquidation pourra intervenir, eu égard aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur. Cette estimation indicative globale est accompagnée d'une information sur les dispositifs mentionnés aux articles L. 161-22, L. 161-22-1-5 et L. 241-3-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 11 bis, L. 84 et L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite. Une simulation de liquidation partielle dans le cadre d'une retraite progressive est jointe à cette estimation. [...]	dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires. L'assuré bénéficie d'un service en ligne lui donnant accès à tout moment à son relevé actualisé, l'informant sur les régimes dont il relève et lui permettant de réaliser certaines démarches administratives et d'échanger avec les régimes concernés des documents dématérialisés. IV.-Dans des conditions fixées par décret, à partir d'un certain âge et selon une périodicité déterminée par le décret susmentionné, chaque personne reçoit, d'un des régimes auquel elle est ou a été affiliée, une estimation indicative globale du montant des pensions de retraite auxquelles les durées d'assurance, de services ou les points qu'elle totalise lui donnent droit, à la date à laquelle la liquidation pourra intervenir, eu égard aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur. Cette estimation ne concerne pas les nouveaux droits acquis au titre de l'article L. 161-22-1-1 ou de dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires. Cette estimation indicative globale est accompagnée d'une information sur les dispositifs mentionnés aux articles L. 161-22, L. 161-22-1-5 et L. 241-3-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 11 bis, L. 84 et L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite. Une simulation de liquidation partielle dans le cadre d'une retraite progressive est jointe à cette estimation. [...]
Article L. 161-22 avant modification	Article L. 161-22 après modification
Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre d'un régime de retraite de base légalement obligatoire, et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture de tout lien professionnel avec l'employeur. Par dérogation, les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à la reprise d'une activité relevant du régime général de sécurité sociale au titre du 1^o de l'article L. 200-1, à l'exception des activités relevant de l'article L. 611-1, du régime des salariés agricoles ou de l'un des régimes spéciaux de retraite au sens de l'article L. 711-1 et procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par ces mêmes régimes ainsi que par les régimes complémentaires légalement obligatoires régis par le livre IX, sont inférieurs à 160 % du salaire minimum de croissance ou au dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation de la ou des dites pensions et sous réserve que cette reprise d'activité, lorsqu'elle a lieu chez le dernier employeur, intervienne au plus tôt six mois après la date d'entrée en jouissance de la pension. Lorsque l'addition des revenus et pensions mentionnés au deuxième alinéa est supérieure au plafond mentionné au même alinéa, l'assuré en informe la ou les caisses compétentes et chacune des pensions servies par ces régimes est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret. Par dérogation aux deux précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé,	~~Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre d'un régime de retraite de base légalement obligatoire, et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture de tout lien professionnel avec l'employeur.~~ ~~Par dérogation, les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à la reprise d'une activité relevant du régime général de sécurité sociale au titre du 1^o de l'article L. 200-1, à l'exception des activités relevant de l'article L. 611-1, du des salariés agricoles ou de l'un des régimes spéciaux de retraite au sens de l'article L. 711-1 et procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par ces mêmes régimes ainsi que par les régimes complémentaires légalement obligatoires régis par le livre IX, sont inférieurs à 160 % du salaire minimum de croissance ou au dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation de la ou des dites pensions et sous réserve que cette reprise d'activité, lorsqu'elle a lieu chez le dernier employeur, intervienne au plus tôt six mois après la date d'entrée en jouissance de la pension.~~ ~~Lorsque l'addition des revenus et pensions mentionnés au deuxième alinéa est supérieure au plafond mentionné au même alinéa, l'assuré en informe la ou les caisses compétentes et chacune des pensions servies par ces régimes est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret.~~ ~~Par dérogation aux deux précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :~~

une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle : a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ; b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin. Les dispositions des trois premiers alinéas et celles des deux premiers alinéas des articles L. 634-6 et L. 643-6 ne font pas obstacle à l'exercice des activités suivantes : 1° activités entraînant affiliation au régime général de la sécurité sociale en application du 15° de l'article L. 311-3, sauf pour les salariés artistes-interprètes qui exercent dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée, et de l'article L. 382-1 ainsi que les activités exercées par les artistes-interprètes rattachés au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 640-1 ; 2° activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite ; 3° participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, consultations données occasionnellement, participation à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire ; 4° activités exercées par des personnes bénéficiant de l'article L. 634-6-1 ; 5° activités d'hébergement en milieu rural réalisées avec des biens patrimoniaux ; 6° des activités de parrainage définies aux articles L. 6522-2, L. 6523-3 et L. 6523-4 du code du travail ; 7° activités correspondant à des vacations accomplies dans des établissements de santé ou dans des établissements ou services sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ou infirmiers en retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou réglementaire de départ à la retraite ; 8° Activités exercées dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du même code ; 9° Activités donnant lieu à la perception des indemnités mentionnées à l'article L. 382-31 du présent code. Les dispositions du présent article ne sont pas opposables à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par l'article L. 161-22-1-5. Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret.	~~a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;~~ ~~b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.~~ ~~La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.~~ ~~Les dispositions des trois premiers alinéas et celles des deux premiers alinéas des articles L. 634-6 et L. 643-6 ne font pas obstacle à l'exercice des activités suivantes :~~ ~~1° activités entraînant affiliation au régime général de la sécurité sociale en application du 15° de l'article L. 311-3, sauf pour les salariés artistes-interprètes qui exercent dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée, et de l'article L. 382-1 ainsi que les activités exercées par les artistes-interprètes rattachés au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 640-1 ;~~ ~~2° activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite ;~~ ~~3° participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, consultations données occasionnellement, participation à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire ;~~ ~~4° activités exercées par des personnes bénéficiant de l'article L. 634-6-1 ;~~ ~~5° activités d'hébergement en milieu rural réalisées avec des biens patrimoniaux ;~~ ~~6° des activités de parrainage définies aux articles L. 6522-2, L. 6523-3 et L. 6523-4 du code du travail ;~~ ~~7° activités correspondant à des vacations accomplies dans des établissements de santé ou dans des établissements ou services sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ou infirmiers en retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou réglementaire de départ à la retraite ;~~ ~~8° Activités exercées dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du même code ;~~ ~~9° Activités donnant lieu à la perception des indemnités mentionnées à l'article L. 382-31 du présent code.~~ ~~Les dispositions du présent article ne sont pas opposables à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par l'article L. 161-22-1-5.~~ ~~Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret.~~ I. – A. – Le service d'une pension de vieillesse, liquidée au titre d'un régime de retraite de base légalement obligatoire,

	et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret, est subordonné : 1° Pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture du lien professionnel avec l'employeur ; 2° Pour les assurés relevant du régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, à la cessation de l'activité non salariée agricole dans les conditions prévues aux articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime ; 3° Pour les fonctionnaires civils et militaires, à la radiation des cadres prévue à l'article L. 3 du code des pensions civiles et militaires de retraite. B. – La condition prévue au 1° du A du présent I n'est pas applicable aux assurés exerçant une des activités définies par décret en Conseil d'État et correspondant : 1° A des activités dont la nature, ou le caractère accessoire, ne permet ou ne justifie pas une rupture du lien avec l'employeur à la date de l'entrée en jouissance de la pension ; 2° A des activités pour lesquelles l'assuré est logé par son employeur ; 3° A des activités pour lesquelles il existe des difficultés de recrutement ; 4° A des activités d'intérêt général ou concourant à un service public. II. – Le service d'une pension de retraite personnelle liquidée au titre d'un régime d'assurance vieillesse de base est suspendu lorsque : 1° L'assuré reprend une activité non salariée agricole mentionnée au 2° du A du I ; 2° L'assuré, lorsqu'il a atteint l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, reprend ou poursuit une activité sans être entré en jouissance de ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé. Pour l'application du 2° du présent II, la pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu au même article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut demander l'entrée en jouissance de cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celle-ci prend fin. Les dispositions du 2° ne sont pas applicables à la pension servie par un des régimes mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 lorsqu'elle est servie aux assurés mentionnés aux mêmes 1° à 5°. III. – A. – Une pension de vieillesse personnelle servie au titre d'un régime légal ou rendu légalement obligatoire, de base ou complémentaire, peut être cumulée avec une activité professionnelle dans les conditions suivantes : 1° Lorsque l'âge de l'assuré est inférieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, la pension servie est réduite à due concurrence des revenus professionnels et de remplacement ; 2° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 et inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 et que les revenus professionnels et de remplacement excèdent un seuil fixé par décret, la pension

	servie est réduite à due concurrence de la moitié du dépassement de ce seuil ; 3° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, la pension peut être entièrement cumulée avec les revenus professionnels et de remplacement. Pour l'assuré mentionné au 1° et au 2° du A du présent III qui perçoit des pensions de vieillesse de droits propres servies par plusieurs régimes de retraite de base et complémentaires, un décret détermine les modalités selon lesquelles la réduction prévue au 1° et au 2° du A est imputée à chaque pension en fonction des montants des pensions versées par chaque régime. Cette réduction est appliquée, par priorité, sur les pensions versées par les régimes de retraite de base. La somme des réductions imputée sur chaque pension ne peut excéder la réduction prévue au 1° et au 2° du A. Les revenus de remplacement pris en compte pour l'application du A du présent III sont les indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1, l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, les indemnités prévues au titre II du livre IV de la cinquième partie du même code, ainsi que les dispositions légales et réglementaires ayant le même objet déterminées par décret. B. – Les revenus professionnels et de remplacement perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité d'intérêt général ou concourant à un service public ne sont pas pris en compte pour l'application des dispositions du A du présent III dans des conditions, notamment d'âge, de durée, de plafond ou de lieu d'exercice de l'activité professionnelle, fixées par décret en Conseil d'Etat. C. – Par dérogation au A, peuvent cumuler entièrement leur pension avec les revenus professionnels et de remplacement : 1° Les assurés mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 lorsque la pension servie par ces mêmes régimes ; « 2° Les fonctionnaires mentionnés à l'article L. 414-4 du code général de la fonction publique avec les revenus perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité mentionnée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure lorsque la pension est servie par le régime de la fonction publique d'État. IV. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite. V. – Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret.
Article L. 161-22-1 avant modification	Article L. 161-22-1 après modification
La reprise ou la poursuite d'une activité professionnelle par le bénéficiaire d'une pension de vieillesse personnelle servie par un régime de retraite de base légalement obligatoire n'ouvre droit à aucun avantage de vieillesse, de droit direct ou dérivé, auprès d'un régime légal ou rendu légalement obligatoire d'assurance vieillesse, de base ou complémentaire. Le premier alinéa ne s'applique pas : 1° Aux assurés demandant à bénéficier d'une fraction de pension dans le cadre d'un dispositif de retraite	La reprise ou la poursuite d'une activité professionnelle par le bénéficiaire d'une pension de vieillesse personnelle servie par un régime de retraite de base légalement obligatoire n'ouvre droit à aucun avantage de vieillesse, de droit direct ou dérivé, auprès d'un régime légal ou rendu légalement obligatoire d'assurance vieillesse, de base ou complémentaire. Le premier alinéa ne s'applique pas : 1° Aux assurés demandant à bénéficier d'une fraction de pension dans le cadre d'un dispositif de retraite progressive

progressive prévu par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment l'article L. 161-22-1-5 ; 2° Aux assurés remplissant les conditions leur permettant de cumuler intégralement le service de leur pension de vieillesse et les revenus tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, prévues aux troisième à avant-dernier alinéas de l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi qu'aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du présent code, aux troisième à avant-dernier alinéas des articles L. 634-6 et L. 643-6 et à l'article L. 653-7, sous réserve que la reprise d'activité, lorsqu'elle a lieu chez le dernier employeur, intervienne au plus tôt six mois après la liquidation de la pension de vieillesse.	prévu par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment l'article L. 161-22-1-5 ; ~~2° Aux assurés remplissant les conditions leur permettant de cumuler intégralement le service de leur pension de vieillesse et les revenus tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, prévues aux troisième à avant-dernier alinéas de l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi qu'aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du présent code, aux troisième à avant-dernier alinéas des articles L. 634-6 et L. 643-6 et à l'article L. 653-7, sous réserve que la reprise d'activité, lorsqu'elle a lieu chez le dernier employeur, intervienne au plus tôt six mois après la liquidation de la pension de vieillesse.~~ 2° Aux assurés remplissant les conditions leur permettant de cumuler entièrement le service de leur pension et les revenus tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, prévues au 3° du A du III de l'article L. 161-22.
Article L. 161-22-1-1 avant modification	Article L. 161-22-1-1 après modification
Les assurés mentionnés au 2° de l'article L. 161-22-1 se constituent de nouveaux droits à pension au titre des régimes de base dans les conditions prévues au présent article, sans préjudice des dispositions ou des stipulations régissant les régimes complémentaires auxquels ils sont affiliés. Ces nouveaux droits propres et dérivés sont sans incidence sur le montant de la pension de vieillesse résultant de la première liquidation, sur le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et sur le montant du complément différentiel prévu à l'article L. 732-63 du même code. La nouvelle pension de vieillesse, résultant de l'exercice d'une activité professionnelle faisant suite à la liquidation d'une première pension, bénéficie du taux plein ou du pourcentage maximum mentionnés à l'article L. 161-17-3 du présent code. Seules sont retenues les périodes d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, à l'exclusion des périodes correspondant à des versements mentionnés aux articles L. 173-7 et L. 634-2-1 du présent code et au I de l'article 108 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Aucune majoration, aucun supplément ni aucun accessoire ne peut être octroyé au titre de cette nouvelle pension et de la pension de droit dérivé qui en est issue. Les articles L. 161-22-2 et L. 173-1 du présent code ne s'appliquent pas à cette nouvelle pension. Le montant de la nouvelle pension liquidée en application des cinq premiers alinéas du présent article ne peut dépasser un plafond annuel déterminé par décret.	Les assurés mentionnés au 2° de l'article L. 161-22-1 se constituent de nouveaux droits à pension au titre des régimes de base dans les conditions prévues au présent article, sans préjudice des dispositions ou des stipulations régissant les régimes complémentaires auxquels ils sont affiliés. Ces nouveaux droits propres et dérivés sont sans incidence sur le montant de la pension de vieillesse résultant de la première liquidation, sur le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et sur le montant du complément différentiel prévu à l'article L. 732-63 du même code. La nouvelle pension de vieillesse, résultant de l'exercice d'une activité professionnelle faisant suite à la liquidation d'une première pension, bénéficie du taux plein ou du pourcentage maximum mentionnés à l'article L. 161-17-3 du présent code. Seules sont retenues les périodes d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, à l'exclusion des périodes correspondant à des versements mentionnés aux articles L. 173-7 et L. 634-2-1 du présent code et au I de l'article 108 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Aucune majoration, aucun supplément ni aucun accessoire ne peut être octroyé au titre de cette nouvelle pension et de la pension de droit dérivé qui en est issue. Les articles L. 161-22-2 et L. 173-1 du présent code ne s'appliquent pas à cette nouvelle pension. ~~Le montant de la nouvelle pension liquidée en application des cinq premiers alinéas du présent article ne peut dépasser un plafond annuel déterminé par décret.~~
Article L. 161-22-1-2 avant modification	Article L. 161-22-1-2 après modification
Aucun droit ne peut être acquis dans un régime de retraite de base après la liquidation d'une seconde pension de vieillesse en application de l'article L. 161-22-1-1. Si plusieurs pensions sont liquidées simultanément après la première liquidation, des droits sont acquis au titre de chacune de ces pensions. Par dérogation, les articles L. 161-22, L. 161-22-1 et le premier alinéa du présent article ne font pas obstacle à la constitution de droits supplémentaires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, au bénéfice :	Aucun droit ne peut être acquis dans un régime de retraite de base après la liquidation d'une seconde pension de vieillesse en application de l'article L. 161-22-1-1. Si plusieurs pensions sont liquidées simultanément après la première liquidation, des droits sont acquis au titre de chacune de ces pensions. Par dérogation, les articles L. 161-22, L. 161-22-1 et le premier alinéa du présent article ne font pas obstacle à la constitution de droits supplémentaires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, au bénéfice :

1° Des assurés relevant du régime mentionné à l'article L. 5551-1 du code des transports ; 2° Des artistes du ballet relevant de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris ; 3° Des anciens agents, relevant du régime de retraite des mines, d'une des entreprises minières ou ardoisières mentionnées au titre Ier de la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines, lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015.	1° Des assurés relevant du régime mentionné à l'article L. 5551-1 du code des transports ; 2° Des artistes du ballet relevant de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris ; 3° Des anciens agents, relevant du régime de retraite des mines, d'une des entreprises minières ou ardoisières mentionnées au titre Ier de la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines, lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015 ; 4° Des titulaires d'une pension militaire prévue à l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite ; 5° Des titulaires de pensions civiles et militaires ou d'une solde de réforme allouées pour invalidité.
Article L. 161-22-1-4 avant modification	Article L. 161-22-1-4 après modification
Les plafonds et seuils prévus à l'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 et au premier alinéa des articles L. 634-6 et L. 643-6 du présent code et le délai de reprise d'activité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 et au 2° de l'article L. 161-22-1 peuvent être suspendus par décret, pour une durée qui ne peut excéder un an et qui peut être renouvelée pour une durée ne pouvant excéder six mois, lorsque des circonstances exceptionnelles nécessitent, en urgence, la poursuite ou la reprise d'activités par des assurés susceptibles de les exercer. Ce décret précise les catégories d'activités et d'assurés concernés par la suspension des mêmes plafonds, seuils et délai et peut en prévoir l'application rétroactive, dans la limite d'un mois avant sa publication. Le décret peut suspendre, dans les mêmes conditions, les règles de plafond, de seuil ou de délai minimal de reprise d'activité, analogues à celles mentionnées au premier alinéa du présent article, prévues par les dispositions ou les stipulations régissant les régimes complémentaires de retraite. Le deuxième alinéa du présent article est d'ordre public.	~~Les plafonds et seuils prévus à l'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 et au premier alinéa des articles L. 634-6 et L. 643-6 du présent code et le délai de reprise d'activité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 et au 2° de l'article L. 161-22-1 peuvent être suspendus~~ Les dispositions du 2° du II ainsi que des 1° et 2° du A du III de l'article L. 161-22 peuvent être suspendues par décret, pour une durée qui ne peut excéder un an et qui peut être renouvelée pour une durée ne pouvant excéder six mois, lorsque des circonstances exceptionnelles nécessitent, en urgence, la poursuite ou la reprise d'activités par des assurés susceptibles de les exercer. Ce décret précise les catégories d'activités et d'assurés concernés par la suspension des mêmes plafonds, seuils et délai et peut en prévoir l'application rétroactive, dans la limite d'un mois avant sa publication. Le décret peut suspendre, dans les mêmes conditions, ~~les règles de plafond, de seuil ou de délai minimal de reprise d'activité,~~ les dispositions analogues à celles mentionnées au premier alinéa du présent article, prévues par les dispositions ou les stipulations régissant les régimes complémentaires de retraite. Le deuxième alinéa du présent article est d'ordre public.
Article L. 634-6 avant modification	Article L. 634-6 après modification
Les revenus procurés par une activité indépendante relevant du champ de l'article L. 631-1 peuvent être cumulés avec une pension de retraite relevant du même champ, sous réserve qu'ils soient inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret. Lorsque l'assuré reprend ou poursuit une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la caisse compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret. Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle : a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;	~~Les revenus procurés par une activité indépendante relevant du champ de l'article L. 631-1 peuvent être cumulés avec une pension de retraite relevant du même champ, sous réserve qu'ils soient inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret.~~ ~~Lorsque l'assuré reprend ou poursuit une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la caisse compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret.~~ ~~Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :~~ a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;

b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin. L'article L. 161-22 et le présent article ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande ou qui bénéficie de sa pension au titre de l'article L. 161-22-1-5 du présent code, de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.	~~b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.~~ ~~La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.~~ ~~L'article L. 161-22 et le présent article ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande ou qui bénéficie de sa pension au titre de l'article L. 161-22-1-5 du présent code, de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.~~
Article L. 642-4-2 avant modification	Article L. 642-4-2 après modification
I.-Les médecins remplissant les conditions prévues aux troisième à avant-dernier alinéas de l'article L. 643-6, les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement, les médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 du code de la santé publique et de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du même code, les médecins participant à une campagne de vaccination, lorsqu'ils n'exercent pas d'autre activité en médecine libérale, ainsi que les étudiants remplaçants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 dudit code mentionnés à l'article L. 646-1 du présent code peuvent, lorsque leurs rémunérations sont inférieures à un seuil, opter pour le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables en appliquant un taux global calculé par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1° du même article L. 646-1 au montant de leur rémunération après application de l'abattement prévu à l'article 102 ter du code général des impôts. Ce taux global peut : 1° Etre minoré lorsque l'activité concernée fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie de tout ou partie des contributions et cotisations mentionnées au premier alinéa du présent I ; 2° Croître lorsque les rémunérations sont comprises entre un montant de rémunération et le seuil prévu au même premier alinéa. II.-L'option pour l'application du I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la circonscription de laquelle sont exercées les activités. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les étudiants concernés et les organismes mentionnés au III du présent article, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités. III.-La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.	I.-Les médecins ~~remplissant les conditions prévues aux troisième à avant-dernier alinéas de l'article L. 643-6~~, relevant du 3° du A du III de l'article L. 161-22, les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement, les médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 du code de la santé publique et de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du même code, les médecins participant à une campagne de vaccination, lorsqu'ils n'exercent pas d'autre activité en médecine libérale, ainsi que les étudiants remplaçants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 dudit code mentionnés à l'article L. 646-1 du présent code peuvent, lorsque leurs rémunérations sont inférieures à un seuil, opter pour le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables en appliquant un taux global calculé par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1° du même article L. 646-1 au montant de leur rémunération après application de l'abattement prévu à l'article 102 ter du code général des impôts. Ce taux global peut : 1° Etre minoré lorsque l'activité concernée fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie de tout ou partie des contributions et cotisations mentionnées au premier alinéa du présent I ; 2° Croître lorsque les rémunérations sont comprises entre un montant de rémunération et le seuil prévu au même premier alinéa. II.-L'option pour l'application du I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la circonscription de laquelle sont exercées les activités. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les étudiants concernés et les organismes mentionnés au III du présent article, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités. III.-La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. IV.-Les modalités d'application du présent article, notamment les seuils et les montants mentionnés au I, sont fixées par décret.

IV.-Les modalités d'application du présent article, notamment les seuils et les montants mentionnés au I, sont fixées par décret.	
Article L. 643-6 avant modification	Article L. 643-6 après modification
Les revenus procurés par une activité relevant du régime d'assurance vieillesse des professions libérales peuvent être cumulés avec une pension de retraite relevant du même champ, sous réserve qu'ils soient inférieurs à un seuil déterminé dans des conditions fixées par décret. Lorsque l'assuré reprend ou poursuit une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la section professionnelle compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret. Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle : a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 ; b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin. Le premier alinéa de l'article L. 161-22 et le présent article ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande le bénéfice ou qui bénéficie de sa pension au titre de l'article L. 161-22-1-5 du présent code, de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime ou de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.	~~Les revenus procurés par une activité relevant du régime d'assurance vieillesse des professions libérales peuvent être cumulés avec une pension de retraite relevant du même champ, sous réserve qu'ils soient inférieurs à un seuil déterminé dans des conditions fixées par décret.~~ ~~Lorsque l'assuré reprend ou poursuit une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la section professionnelle compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret.~~ ~~Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :~~ ~~a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 ;~~ ~~b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.~~ ~~La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.~~ ~~Le premier alinéa de l'article L. 161-22 et le présent article ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande le bénéfice ou qui bénéficie de sa pension au titre de l'article L. 161-22-1-5 du présent code, de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime ou de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.~~
Article L. 645-2	Article L. 645-2 qui devient article L. 646-6 (renumérotation issue de la MO11)
Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret. Toutefois, il peut être substitué à la cotisation forfaitaire une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés tels que visés à l'article L. 642-1 pour les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6. Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.	Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret. Toutefois, il peut être substitué à la cotisation forfaitaire une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés tels que visés à l'article L. 642-1 pour les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article ~~L. 643-6~~ L.161-22. Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.
Article L. 653-7 avant modification	Article L. 653-7 après modification
Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-22, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des	~~Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-22, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations~~

régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle : a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 ; b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.	~~internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :~~ ~~a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 ;~~ ~~b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.~~ ~~La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.~~
Code des transports	
Article L. 5552-38 avant modification	Article L. 5552-38 après modification
Le titulaire d'une pension du régime de l'assurance vieillesse des marins est soumis, en matière de cumul, aux dispositions du titre III du livre II du code des pensions civiles et militaires de retraite. Toutefois, le marin titulaire d'une pension proportionnelle qui remplit les conditions fixées par voie réglementaire peut cumuler intégralement le montant de sa pension avec les émoluments correspondant à un nouvel emploi.	Le titulaire d'une pension du régime de l'assurance vieillesse des marins est soumis, en matière de cumul, aux dispositions ~~du titre III du livre II du code des pensions civiles et militaires de retraite~~ des articles L.161-22 à L. 161-22-1-4 du code de la sécurité sociale. Par dérogation au C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, lorsque le titulaire d'une pension du régime de l'assurance vieillesse des marins perçoit des revenus d'activité à compter de la liquidation de cette pension, et que ces revenus proviennent de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le cumul de cette pension et des revenus d'activité est autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 86 du même code. ~~Toutefois, le~~ Le deuxième alinéa n'est pas applicable au marin titulaire d'une pension proportionnelle qui remplit les conditions fixées par voie réglementaire ~~peut cumuler intégralement le montant de sa pension avec les émoluments correspondant à un nouvel emploi.~~
Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	
Article 5 avant modification	Article 5 après modification
[...] e bis) Au deuxième alinéa de l'article L. 161-22, après les mots : " régime général de sécurité sociale ", sont insérés les mots : " ou du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ; [...]	[...] ~~e bis) Au deuxième alinéa de l'article L. 161-22, après les mots : " régime général de sécurité sociale ", sont insérés les mots : " ou du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;~~ e bis) A l'article L. 161-22 : - au premier alinéa du A du I, les mots : « d'un régime de retraite de base légalement obligatoire » sont remplacés par les mots : « du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon » ; - les 2^o et 3^o du A du I et le 1^o du II ne sont pas applicables ; - au premier alinéa du A du III, après les mots : « servie au titre » sont insérés les mots : « du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que, le cas échéant, » ; - à l'avant-dernier alinéa du A du III, après les mots : « propres servies par » sont insérés les mots : « le régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que par » ;

[...]	
Loi n° 89-1007 du 31 décembre 1989 relative au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne	
Article 6-1 avant modification	Article 6-1 après modification
I.-Les ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne radiés des cadres par limite d'âge ou sur leur demande à compter de leur cinquante-deuxième anniversaire ou pour invalidité bénéficient, s'ils justifient de quinze années de services effectifs accomplis dans ce corps pour ceux titularisés dans le corps à compter du 1er janvier 2007 ou de dix-sept années de ces mêmes services pour ceux titularisés dans le corps à compter du 1er janvier 2017, pendant une durée de huit ans à compter de la date de leur cessation d'activité ou pendant une durée de treize ans pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions à compter du 1er janvier 2004, d'une allocation temporaire complémentaire, dont le montant est fixé à 75 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification versée à un premier contrôleur ou, pour ceux d'entre eux qui la perçoivent et qui sont radiés entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2016, à 118 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification pendant les huit premières années puis 64 % de cette même indemnité pendant les cinq dernières années. Pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions, entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2006, le montant de l'allocation temporaire complémentaire est fixé à 118 % à compter du 1er janvier 2007 pour la période restant à courir pour atteindre les huit premières années de perception de cette allocation. Pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions à compter du 1er janvier 2017, le montant de l'allocation temporaire complémentaire est fixé à 150 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification pendant les deux premières années, à 118 % de cette même indemnité pendant les six années suivantes et à 64 % de cette même indemnité pendant les cinq dernières années. Pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016, le montant de l'allocation temporaire complémentaire est fixé à 150 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification à compter du 1er janvier 2017 pour la période restant à courir pour atteindre les deux premières années de perception de cette allocation. Le bénéfice de l'allocation temporaire complémentaire ne peut se cumuler avec la perception d'une rémunération d'activité, y compris celle versée par une organisation internationale, sauf dans les cas prévus au I de l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite. En cas de cumul d'une rémunération, de quelque nature que ce soit, avec le versement de l'allocation temporaire complémentaire, le bénéfice de l'allocation est suspendu immédiatement, et ce pour la durée de l'activité ; les sommes indûment perçues sont reversées. La reprise du versement de l'allocation temporaire complémentaire intervient à compter du mois suivant la date de cessation de l'activité exercée. La durée totale de perception de l'allocation temporaire complémentaire ne peut dépasser treize années. [...]	I.-Les ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne radiés des cadres par limite d'âge ou sur leur demande à compter de leur cinquante-deuxième anniversaire ou pour invalidité bénéficient, s'ils justifient de quinze années de services effectifs accomplis dans ce corps pour ceux titularisés dans le corps à compter du 1er janvier 2007 ou de dix-sept années de ces mêmes services pour ceux titularisés dans le corps à compter du 1er janvier 2017, pendant une durée de huit ans à compter de la date de leur cessation d'activité ou pendant une durée de treize ans pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions à compter du 1er janvier 2004, d'une allocation temporaire complémentaire, dont le montant est fixé à 75 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification versée à un premier contrôleur ou, pour ceux d'entre eux qui la perçoivent et qui sont radiés entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2016, à 118 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification pendant les huit premières années puis 64 % de cette même indemnité pendant les cinq dernières années. Pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions, entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2006, le montant de l'allocation temporaire complémentaire est fixé à 118 % à compter du 1er janvier 2007 pour la période restant à courir pour atteindre les huit premières années de perception de cette allocation. Pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions à compter du 1er janvier 2017, le montant de l'allocation temporaire complémentaire est fixé à 150 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification pendant les deux premières années, à 118 % de cette même indemnité pendant les six années suivantes et à 64 % de cette même indemnité pendant les cinq dernières années. Pour ceux d'entre eux radiés dans ces conditions entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016, le montant de l'allocation temporaire complémentaire est fixé à 150 % du montant de l'indemnité spéciale de qualification à compter du 1er janvier 2017 pour la période restant à courir pour atteindre les deux premières années de perception de cette allocation. Le bénéfice de l'allocation temporaire complémentaire ne peut se cumuler avec la perception d'une rémunération d'activité, y compris celle versée par une organisation internationale, sauf dans les cas prévus au ~~I de l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite~~ C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale. En cas de cumul d'une rémunération, de quelque nature que ce soit, avec le versement de l'allocation temporaire complémentaire, le bénéfice de l'allocation est suspendu immédiatement, et ce pour la durée de l'activité ; les sommes indûment perçues sont reversées. La reprise du versement de l'allocation temporaire complémentaire intervient à compter du mois suivant la date de cessation de l'activité exercée. La durée totale de perception de l'allocation temporaire complémentaire ne peut dépasser treize années.
Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	
Article 14-1 avant modification	Article 14-1 après modification
[...] 1° A l'article L. 161-22 :	[...] ~~1° A l'article L. 161-22 :~~

a) Au deuxième alinéa, après la référence : " L. 711-1 ", sont insérés les mots : " ou, pour les salariés, du régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale applicable aux résidents à Mayotte " ; b) A la fin du a, les mots : " 1° de l'article L. 351-8 " sont remplacés par les mots : " second alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " ; c) Au b, les mots : " premier alinéa de l'article L. 351-1 " sont remplacés par les mots : " premier alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée " et les mots : " au deuxième alinéa du même article " sont remplacés par les mots : " à la première phrase du premier alinéa de l'article 12 de la même ordonnance " ; d) Au septième alinéa, les mots : " à l'article L. 161-17-2 " sont remplacés par les mots : " au premier alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée " ; [...]	~~a) Au deuxième alinéa, après la référence : " L. 711-1 ", sont insérés les mots : " ou, pour les salariés, du régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale applicable aux résidents à Mayotte " ;~~ ~~b) A la fin du a, les mots : " 1° de l'article L. 351-8 " sont remplacés par les mots : " second alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " ;~~ ~~c) Au b, les mots : " premier alinéa de l'article L. 351-1 " sont remplacés par les mots : " premier alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée " et les mots : " au deuxième alinéa du même article " sont remplacés par les mots : " à la première phrase du premier alinéa de l'article 12 de la même ordonnance " ;~~ ~~d) Au septième alinéa, les mots : " à l'article L. 161-17-2 " sont remplacés par les mots : " au premier alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée " ;~~ 1° A l'article L. 161-22 : a) Au A du I : - au premier alinéa, les mots : " d'un régime de retraite de base légalement obligatoire " sont remplacés par les mots : " du régime d'assurance vieillesse applicable à Mayotte " ; - les 2° et 3° ne sont pas applicables ; b) Au II, le 1° n'est pas applicable ; c) Au A du III : - au premier alinéa, après les mots : " servie au titre " sont insérés les mots : " du régime d'assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que, le cas échéant, " ; - les deux occurrences des mots : " à l'article L. 161-17-2 " sont remplacées par les mots : " au premier alinéa de l'article 6 de la présente ordonnance " ; - chaque occurrence des mots : " 1° de l'article L. 351-8 " est remplacée par les mots : " second alinéa de l'article 6 de la présente ordonnance " ; - à l'avant-dernier alinéa, après les mots : " propres servies par " sont insérés les mots : " le régime d'assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que par " ; [...]
Article 23-4 avant modification	Article 23-4 après modification
[...] I bis. - L'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale est applicable aux travailleurs non salariés mentionnés à l'article 23-1 de la présente ordonnance sous réserve de l'adaptation suivante : Au premier alinéa, la référence : " L. 631-1 " est remplacée par les mots : " 23-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " . [...]	[...] I bis. - L'article ~~L. 634-6~~ L. 161-22 du code de la sécurité sociale est applicable aux travailleurs non salariés mentionnés à l'article 23-1 de la présente ordonnance ~~sous réserve de l'adaptation suivante :~~ ~~Au premier alinéa, la référence : " L. 631-1 " est remplacée par les mots : " 23-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte " .~~ [...]
Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	
B du VIII de l'article 87 avant modification	B du VIII de l'article 87 dans sa rédaction issue de l'article 52 de la présente loi n° 2025-xxx du xxx xxx 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026
[...]	[...]

B. - Par dérogation au A du présent VIII, les dispositions, autres que celles de l'article L. 732-54-3, de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, continuent de s'appliquer aux pensions dues au titre du régime des non-salariés des professions agricoles prenant effet entre le 1er janvier 2026 et le 31 décembre 2027. Toutefois, pour les pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2026, les pensions de retraite proportionnelle prévues au 2° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, dues au titre des périodes d'assurance antérieures à 2016 sont liquidées dans les conditions prévues au b du 2° du I du même article L. 732-24, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Pour l'application du premier alinéa du présent B, les droits à pension au titre de la retraite proportionnelle prévue à l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour les périodes d'assurance de 2026 et 2027 sont acquis, dans des conditions fixées par décret, en tenant compte des cotisations prévues à l'article L. 731-42 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et de la durée d'assurance dans le régime. [...]	B. - Par dérogation au A du présent VIII, les dispositions, autres que celles de l'article L. 732-54-3, de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, continuent de s'appliquer aux pensions dues au titre du régime des non-salariés des professions agricoles prenant effet entre le 1er janvier 2026 et le 31 décembre 2027. Toutefois, pour les pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2026, les pensions de retraite proportionnelle prévues au 2° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, dues au titre des périodes d'assurance antérieures à 2016 sont liquidées dans les conditions prévues au b du 2° du I du même article L. 732-24, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Pour l'application du premier alinéa du présent B, les droits à pension au titre de la retraite proportionnelle prévue à l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour les périodes d'assurance de 2026 et 2027 sont acquis, dans des conditions fixées par décret, en tenant compte des cotisations prévues à l'article L. 731-42 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et de la durée d'assurance dans le régime. Les articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction issue de la loi n° 2025-xxx du xxx xxx 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 sont applicables aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension servie au titre du régime des non-salariés des professions agricoles à compter du 1er janvier 2027. [...]

Article 44 – Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Le déficit public a progressé de 4,7 % du PIB en 2022 à 5,4 % en 2023 et 5,8 % en 2024, ce qui nécessite des mesures de grande ampleur pour retourner à horizon 2029 en dessous de 3 % de déficit, ainsi qu'un effort collectif, partagé entre l'ensemble des citoyens. Au sein des dépenses publiques, les dépenses de prestations représentent une part prépondérante, notamment les dépenses de retraite. Il est donc indispensable de freiner la progression de cette partie des dépenses, tirée à la hausse par des facteurs structurels (notamment le vieillissement de la population) et conjoncturels (l'inflation récente en particulier).

A elles seules, les dépenses de retraite constituent 13,9 % du PIB en 2024 et 24,4 % des dépenses publiques. Le déficit de la branche vieillesse et du FSV s'est élevé à -2,6 Md€ en 2021 et -2,5 Md€ en 2022. S'il s'est redressé à -1,4 Md€ en 2023, il s'est à nouveau dégradé à -4,5 Md€ en 2024. Cette dégradation se poursuivrait à -5,8 Md€ en 2025 (prévision actualisée lors de la CCSS de juin). Cette situation s'explique en partie par la forte dynamique des pensions, indexées sur l'inflation, dans une période de forte croissance de cette dernière.

Pour assurer la soutenabilité des dépenses publiques dans leur ensemble, il convient de freiner également pour 2026 l'évolution des autres prestations sociales indexées sur l'inflation.

Les prestations de solidarité financées par l'Etat ont ainsi également fait l'objet d'une progression dynamique. En particulier, les dépenses de prime d'activité ont atteint 10,6 Md€ en 2024, soit de l'ordre d'un doublement depuis la création de cette prestation en 2016. Les dépenses d'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de revenu de solidarité active (RSA) ont quant à elles respectivement progressé de l'ordre de 32 % et 6 % depuis 2019 sous l'effet de l'augmentation du nombre de bénéficiaires mais aussi des revalorisations importantes de leurs montants forfaitaires dans un contexte de forte inflation entre 2022 et 2024.

À plus long terme, malgré les évolutions portées par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023, les prestations de retraites devraient continuer à progresser sensiblement à horizon 2030, en moyenne de 1 à 1,5 % par an en termes réels. Cette dynamique s'explique notamment par l'augmentation du nombre de retraités d'environ + 1 % en moyenne sur la période, malgré les effets de la réforme des retraites, et par l'augmentation de la pension moyenne « réelle » (i.e. hors revalorisation annuelle) d'environ 0,5 % par an.

Après 2026, la maîtrise des dépenses publiques passe donc également par un ralentissement des dépenses de la branche vieillesse, mettant à contribution les retraités de manière raisonnable, au regard de leur niveau de vie et de leur taux d'épargne.

Entre 2004 et 2019, le niveau de vie moyen des retraités était supérieur à celui de l'ensemble de la population. Le rapport des niveaux de vie moyens culmine en 2013 (106 %) et reste élevé jusqu'en 2017 (104 %). En 2022, le rapport de niveaux de vie des retraités sur ceux de l'ensemble de la population est en légère baisse, à 97 % (REPSS retraites 2024), mais reste à un niveau très élevé.

Depuis, du fait de leur indexation sur l'inflation, les pensions ont progressé plus rapidement que le salaire annuel moyen par tête (SMPT), qui n'a augmenté que de 3,7 % en 2022 (corrigé de l'effet activité partielle) et de 4,4 % en 2023 alors que l'inflation progressait de 5,3 % et 4,8 % (au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac [IPCHT], qui se retrouve in fine dans le niveau des pensions avec retard d'un an environ), soit un écart cumulé de l'ordre de 2 points. En 2024, l'écart a toutefois été dans le sens opposé, avec des salaires évoluant à +2,9 % et une inflation à +1,8 %.

Plus encore, les retraités ont vu leur taux d'épargne augmenter depuis 2022. Selon les données de la Banque Postale exploitées dans la note de conjoncture de l'Insee de juin 2025, les personnes de plus de 65 ans contribuent ainsi pour deux tiers à la hausse globale du taux d'épargne constatée entre 2023 et 2024 dans l'échantillon de données bancaires.

Cette situation justifie de faire participer les retraités au rétablissement de l'équilibre des comptes publics, alors que la réforme des retraites de 2023 a fait peser les efforts sur les actifs. Un constat partagé par le comité de suivi des retraites (CSR) dans son avis de 2025. Le CSR considère en effet que l'indexation des pensions constituait l'outil prioritaire pour assurer le retour à l'équilibre du système de retraite en 2030.

b) Mesure proposée

La mesure porte à la fois sur l'année 2026 et les quatre années suivantes :

1/ Pour l'année 2026 :

- Il s'agit d'abord de **ne pas revaloriser la valeur de l'ensemble des prestations sociales** concernées par l'application de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Cette non-revalorisation concerne :
 - les pensions de retraite de droit propre et dérivé ;
 - les pensions d'invalidité et capital décès ;
 - les prestations familiales (PAJE, AF, CF, ASF, ARS, AFDE, PARS) ;
 - les prestations d'autonomie (AEEH) ;
 - les prestations de solidarité (ASPA/ASI, RSA, PA, AAH, ASS, RSO, AVFS, autres prestations d'aide sociale de l'Etat comme l'allocation simple d'aide sociale aux personnes âgées) ;
 - l'aide universelle d'urgence pour les victimes de violences conjugales ;
 - les rentes et indemnités en capital servies aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ainsi que le montant du salaire minimum servant au calcul de ces rentes de même que la prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie à la victime d'accident du travail ou maladie professionnelle lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie ;
 - l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA) ;
 - l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJAP) ;
 - la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle (article R. 6341-24-8 du code du travail) ;
 - la rémunération des personnes bénéficiant des actions de repérage, de remobilisation ou d'accompagnement socio-professionnel (D5316-14 du code du travail) ;
 - l'allocation forfaitaire versée aux jeunes en contrat d'engagement jeune (D5131-19 du code du travail) ;
 - l'allocation versée aux jeunes volontaires de l'établissement pour l'insertion dans l'emploi (D5131-9 du code du travail)

Ne sont en revanche pas concernés les autres dispositifs revalorisés en application de l'article L. 161-25 qui ne présentent pas le caractère d'une prestation sociale telle que les plafonds de la complémentaire santé solidaire. Par ailleurs, dès lors que les montants d'AJPP et d'AJPA ne sont pas revalorisés par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25, il est nécessaire de prévoir une disposition ad hoc pour leur appliquer un freinage similaire à celui envisagé pour les prestations familiales. Il est donc proposé de ne pas appliquer de revalorisation au 1er janvier 2026 (en référence au SMIC en vigueur au 1er janvier 2026) - la prochaine revalorisation interviendra ainsi au 1er janvier 2027.

- De même, **les plafonds de ressources des prestations familiales** sous condition de ressources seront inchangés en 2026 par rapport à 2025. Ces plafonds de ressources sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence (année n-2). Seraient concernées par la mesure :
 - les allocations familiales ;
 - le complément familial et le complément familial majoré ;
 - l'allocation de base de la PAJE, la prime à la naissance ou à l'adoption, le complément mode de garde « structure » ;
 - l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ;
 - l'allocation forfaitaire en cas de décès.

La diminution du nombre de foyers éligibles à ces prestations sera limitée s'agissant des foyers bénéficiaires des allocations familiales, du complément familial et de l'allocation de rentrée scolaire du fait des mécanismes de lissage dits « compléments différentiels » applicables à ces prestations familiales, qui permettent aux foyers dont les ressources dépassent légèrement le plafond de bénéficier de ces prestations avec un montant dégressif selon les revenus.

2/ Pour les années 2027 à 2030 :

Pour les quatre années suivantes, le coefficient de revalorisation annuelle des pensions de retraite de base sera réduit à hauteur de 0,4 %. La mesure s'appliquera aux régimes de base obligatoires de sécurité sociale. Les pensions des régimes complémentaires continueront d'être revalorisées en application des règles qui leur sont propres. La revalorisation des cotisations et des salaires portés au compte est hors du périmètre de cette mesure.

En outre, la mesure aligne l'indexation des rentes versées par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) suite à l'avis des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales sur les pensions d'invalidité, alors qu'elle l'était jusqu'ici sur les pensions de retraite. Elle met également en cohérence et actualise les références juridiques relatives à la revalorisation de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) afin de tenir compte de la disparition depuis 2012 de l'allocation spéciale du fonds national de l'emploi (AS-FNE) sur laquelle cette allocation était indexée. Elle renvoie explicitement à la règle de revalorisation applicable aux prestations de sécurité sociale (coefficient fixé à l'article L. 161-25).

Enfin, il est proposé de supprimer les renvois à des arrêtés de revalorisation des plafonds de ressources de certaines prestations familiales – prime à la naissance et à l'adoption, allocation de base et allocation de rentrée scolaire. Les règles de revalorisation de ces plafonds sont en effet prévues par la loi et suffisantes pour calculer les montants revalorisés chaque année de ces plafonds, rendant un arrêté annuel superflu.

c) Autres options possibles

L'introduction d'un coefficient de minoration pérenne des pensions de retraite aurait pu être envisagée, afin de prévoir une sous-indexation des pensions pour l'avenir. Cette mesure s'éloigne néanmoins des mesures envisagées par la délégation paritaire permanente chargée de formuler des propositions de retour à l'équilibre de notre système de retraite et n'a donc pas été retenue. Par ailleurs, dans son avis rendu en 2025, le Comité de suivi des retraites considère qu'« au-delà de 2030, à l'horizon 2035 ou 2040, la sous-indexation des pensions ne pourra pas et ne devra pas à elle seule assurer l'équilibre du système de retraite ».

Une modification des paramètres d'ouverture des droits aurait également pu être envisagée. Néanmoins, ainsi que le souligne le CSR, à court terme, dans la mesure où la montée en charge du relèvement de l'âge d'ouverture des droits (AOD) et de la durée d'assurance requise (DAR) prévue par la réforme de 2023 n'est pas achevée, ces mesures ne constituent pas le levier le plus pertinent, à l'inverse de l'indexation des pensions qui apparaît comme le paramètre à mobiliser prioritairement dans les prochaines années.

Un alignement du taux de CSG applicable aux pensions de retraites (8,3 %) sur celui en vigueur pour les revenus d'activité (9,2 %) aurait enfin pu être envisagé. Toutefois, cette mesure présente un rendement moindre.

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

Les mesures proposées trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale en application du b du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code la sécurité sociale.

En effet, parmi les prestations dont l'évolution est freinée par les mesures proposées, les dépenses de retraite, qui relèvent des dépenses des régimes obligatoires au sens de l'article précité, ont un poids majeur.

Le freinage de l'évolution des autres prestations vise la soutenabilité des dépenses publiques. Le présent article transversal constitue ainsi un tout indivisible au sens de la jurisprudence du Conseil constitutionnel.

Les mesures relatives aux prestations sociales financées par l'État et par les collectivités s'insèrent dans la même finalité que les mesures concernant les prestations versées au titre des régimes obligatoires de la Sécurité sociale et des dépenses de même nature peuvent être portées par plusieurs financeurs. Le calcul des prestations sous conditions de ressources s'effectue, en outre, sur la base d'une même assiette, rendant nécessaire de tenir compte des effets d'interaction des différentes prestations afin d'en appréhender au plus juste la logique d'ensemble. L'élaboration d'un article unique de freinage des revalorisations des prestations au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2026 poursuit en outre l'objectif d'intelligibilité de la loi.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 1142-14 et L. 1142-17 du code de la santé publique et les articles L.531-2, L.531-3 et L.543-1 du code de la sécurité sociale doivent être modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure proposée permettrait un rendement pour les finances publiques de l'ordre de 3,6 Md€ en 2026, puis environ 5,1 Md€ en 2027 et 6,3 Md€ en 2028 et 7,5 Md€ en 2029.

La stabilisation des pensions de retraite (à la place d'une revalorisation de 1,0%, net de l'effet retour CSG), permettrait une économie de l'ordre de 2,7 Md€ en 2026, dont 2,0Md€ pour la Sécurité sociale et 0,7 Md€ pour l'Etat. La stabilisation de l'ASPA permettrait un rendement complémentaire de l'ordre de 50M€. A partir de 2027, la sous-indexation des pensions de retraite de 0,4 point permettrait une économie de l'ordre de 3,8 Md€ en 2027, 4,9 Md€ en 2028, et 6,1 Md€ en 2029 tous régimes.

En 2026, une stabilisation du montant des prestations familiales (0,8%) et des plafonds de ressources conditionnant l'ouverture du droit à certaines de ces prestations (1,8%) permettrait une économie de l'ordre de 0,3 Md€. Ce rendement serait principalement porté par les allocations familiales, dont la stabilisation des montants permettrait une économie de l'ordre de 0,1 Md€. La EEH et de 170 M€ pour l'Etat au titre l'AAH. La stabilisation des prestations AT-MP (rentes pour incapacité permanente, et indemnités en capital) et maladie (pensions d'invalidité et ASI) permettrait un rendement de l'ordre de 0,1 Md€ en 2026.

La stabilisation des prestations de solidarité financées par l'Etat ou les départements, telles que le RSA et la PA, permettrait une économie de l'ordre de 0,2 Md€ en 2026, et de 0,5 Md€ à partir de 2027, l'effet montant en charge sur deux ans du fait de la trimestrialisation des ressources prises en compte pour le calcul de ces prestations.

En Md€

	2026	2027	2028	2029
Prestations vieillesse (champ Sécurité sociale et Etat)	2,7	3,8	5,0	6,2
Pensions de retraite - y compris FPE et régimes compensés (*)	2,7	3,8	4,9	6,1
dont hors FPE et régimes compensés (*)	2,0	2,8	3,7	4,6
ASPA	0,05	0,05	0,05	0,05
Prestations familiales (champ Sécurité sociale)	0,3	0,4	0,4	0,4
Prestations autonomie	0,2	0,2	0,2	0,3
Dont champ Sécurité Sociale	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Dont champ Etat	0,2	0,2	0,2	0,2
Prestations maladie et ATMP (champ Sécurité sociale)	0,1	0,2	0,2	0,2
Prestations de solidarité (champ Etat)	0,2	0,5	0,5	0,5
Total	3,61	5,13	6,31	7,54

(*) Effets nets de l'effet retour CSG

Ces estimations constituent des ordres de grandeurs illustratifs, particulièrement sensibles aux hypothèses macroéconomiques retenues. Les hypothèses macroéconomiques retenues sont les suivantes :

	2026	2027	2028	2029
Inflation - IPCHT	1,3%	1,75%	1,75%	1,75%
Taux de revalorisation avril hors mesure	0,9%			
Taux de revalorisation avril apres mesure	0,0%			
Taux de revalorisation janvier hors mesure	1,0%	1,3%	1,7%	1,8%
Taux de revalorisation janvier apres mesure	0,0%	0,9%	1,3%	1,4%

En l'absence de mesure, les pensions de retraite ainsi que l'ASPA sont revalorisées au 1^{er} janvier, selon l'évolution de la moyenne annuelle de l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) mesurée de novembre N-2 à octobre N-1 par rapport à la moyenne annuelle mesurée sur la même période l'année précédente (de novembre N-3 à octobre N-2). En l'absence de mesure, les prestations familiales, ainsi que les prestations autonomie et de solidarité sont quant à elles revalorisées au 1^{er} avril, selon l'évolution de la moyenne annuelle de l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) mesurée de février N-1 à janvier N par rapport à la moyenne annuelle mesurée sur la même période l'année précédente (de février N-2 à janvier N-1).

Organismes concernés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)			
	Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)			
	2026	2027	2028	2029
ROBSS	2,5	3,4	4,3	5,2
- Maladie	<-0,1	<-0,1	<-0,1	-0,1
- AT-MP	<0,1	0,1	0,1	0,1
- Famille	0,3	0,4	0,4	0,4
- Vieillesse + FSV)	2,2	3,1	4,0	4,9
- Autonomie	<-0,1	<-0,1	-0,1	-0,1
Etat	1,1	1,6	1,9	2,3
UNEDIC	<-0,1	<-0,1	-0,1	-0,1
Collectivités	0,1	0,1	0,1	0,1
TOTAL	3,6	5,1	6,3	7,5

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

a) impacts économiques

En comparaison au statu quo, la mesure conduira à un revenu disponible moindre pour les retraités et les bénéficiaires de prestations sociales, dont les allocataires des *minima* sociaux. Cependant, les retraités ont un taux d'épargne

comparativement plus élevé, atténuant l'impact de la mesure sur la consommation et donc l'activité. Les revalorisations des pensions survenues entre 2021 et 2025 ont permis de préserver davantage le pouvoir d'achat des retraités que les hausses de salaire ne l'ont permis sur celui des actifs. Plus encore, dans un contexte de taux d'épargne élevé, les retraités ont vu leur taux d'épargne augmenter depuis 2022, selon les données de la Banque Postale exploitées dans la note de conjoncture de l'Insee de juin 2025 ; les personnes de plus de 65 ans contribuent ainsi pour deux tiers à la hausse globale du taux d'épargne constatée entre 2023 et 2024 dans l'échantillon de données bancaires.

Concernant les autres prestations, elles ont connu des dynamiques globalement fortes ces dernières années, sous l'effet de revalorisations exceptionnelles (comme la prime d'activité ou l'AAH) et des taux élevés d'inflation sur 2022-2024.

b) Impacts sociaux

Cette mesure conduira à une baisse du niveau de vie des bénéficiaires des prestations. Dans la mesure où la non revalorisation concerne à la fois les prestations de solidarité - dont minima sociaux - et les prestations familiales, pour l'essentiel sous conditions de ressources, les publics les plus affectés seront situés dans le bas de la distribution.

S'agissant plus particulièrement des retraités, les revalorisations des pensions survenues entre 2021 et 2025, ont permis de préserver davantage leur pouvoir d'achat que les hausses de salaire celui des actifs. Cette situation justifie de faire davantage participer les retraités au rétablissement de l'équilibre des comptes publics, dans un contexte où la réforme des retraites a fait peser les efforts sur les actifs.

• Impact sur les jeunes

Les différentes mesures contenues dans cet article visent à freiner la dynamique de la dépense de prestations sociales et notamment de retraites qui sinon serait financée par de l'endettement, qui reposerait in fine sur les générations futures et donc les jeunes générations.

La non-revalorisation d'allocations bénéficiant aux jeunes (RSA jeunes, contrat d'engagement jeune, allocations pour les élèves de l'EPIDE), aura néanmoins un impact modéré sur cette population dans un contexte d'inflation contenue.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La non-revalorisation de l'allocation adulte handicapé aura un impact sur les bénéficiaires de cette prestation. Toutefois, l'AAH a connu des revalorisations, justifiées par l'inflation ou exceptionnelles, importantes ces dernières années.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

La mesure n'entraînera pas de charge administrative supplémentaire pour les assurés et bénéficiaires des prestations.

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

Cette mesure ne présente pas de difficulté technique pour les opérateurs.

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

Cette mesure ne présente pas de surcoût en gestion pour les opérateurs.

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.

Il est prévu d'appliquer la mesure de non revalorisation aux aides financières aux postes dans les différentes structures d'insertion par l'activité économique (IAE). La revalorisation de ces aides au poste étant prévues par les articles R. 5132-8, R. 5132-10-13, R. 5132-24, R. 5132-38, R. 5213-76 et R. 5132-86-5 du code du travail, un décret en Conseil d'Etat devra être pris.

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 est mise en œuvre à compter de 2026.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés, dès le vote de la loi, par les opérateurs chargés du versement des prestations et pensions.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'impact de cette mesure sera suivi, s'agissant des pensions de retraite, par le conseil d'orientation des retraites (COR), le comité de suivi des retraites (CSR) et au travers des indicateurs de niveau de vie du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1142-14 du code de la santé publique avant modification	Article L. 1142-14 du code de la santé publique après modification
Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance. Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés. Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale. (...)	Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance. Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés. Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article ~~L. 351-11~~ L. 341-6 du code de la sécurité sociale. <i>Le reste sans changement</i>
Article L. 1142-17 du code de la santé publique avant modification	Article L. 1142-17 du code de la santé publique après modification
Lorsque la commission régionale estime que le dommage est indemnisable au titre du II de l'article L. 1142-1, ou au titre de l'article L. 1142-1-1 l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale. (...)	Lorsque la commission régionale estime que le dommage est indemnisable au titre du II de l'article L. 1142-1, ou au titre de l'article L. 1142-1-1 l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article ~~L. 351-11~~ L. 341-6 du code de la sécurité sociale. <i>Le reste sans changement</i>

Article L. 168-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 168-4 du code de la sécurité sociale après modification
Le nombre maximal d'allocations journalières versées est égal à 21. L'allocation est versée pour chaque jour ouvrable ou non. Lorsque la personne accompagnée à domicile doit être hospitalisée, l'allocation continue d'être servie les jours d'hospitalisation. Le montant de cette allocation est fixé par décret. Lorsque le bénéficiaire a réduit sa quotité de travail et travaille à temps partiel, ce montant et la durée de l'allocation sont modulés dans des conditions prévues par décret. L'allocation cesse d'être due à compter du jour suivant le décès de la personne accompagnée. L'allocation peut être versée à plusieurs bénéficiaires, au titre d'un même patient, dans la limite totale maximale fixée au premier alinéa.	Le nombre maximal d'allocations journalières versées est égal à 21. L'allocation est versée pour chaque jour ouvrable ou non. Lorsque la personne accompagnée à domicile doit être hospitalisée, l'allocation continue d'être servie les jours d'hospitalisation. Le montant de cette allocation est fixé par décret. Lorsque le bénéficiaire a réduit sa quotité de travail et travaille à temps partiel, ce montant et la durée de l'allocation sont modulés dans des conditions prévues par décret et revalorisé au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. L'allocation cesse d'être due à compter du jour suivant le décès de la personne accompagnée. L'allocation peut être versée à plusieurs bénéficiaires, au titre d'un même patient, dans la limite totale maximale fixée au premier alinéa.
Article L. 531-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 531-2 du code de la sécurité sociale après modification
La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée et versée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption. La prime à la naissance est versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois de la grossesse. Par dérogation aux deux premiers alinéas, la prime à la naissance est attribuée à une date fixée par décret et versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois prévu de la grossesse : 1° Lorsque la naissance intervient avant le sixième mois prévu de la grossesse ; 2° En cas de décès de l'enfant intervenant au delà de la vingtième semaine de grossesse. La prime à l'adoption est versée à une date fixée par décret. Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret, par référence au plafond applicable à l'allocation de base versée à taux plein mentionnée à l'article L. 531-3, et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.	La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée et versée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption. La prime à la naissance est versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois de la grossesse Par dérogation aux deux premiers alinéas, la prime à la naissance est attribuée à une date fixée par décret et versée avant le dernier jour du mois civil suivant le sixième mois prévu de la grossesse : 1° Lorsque la naissance intervient avant le sixième mois prévu de la grossesse ; 2° En cas de décès de l'enfant intervenant au delà de la vingtième semaine de grossesse. La prime à l'adoption est versée à une date fixée par décret. Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret, par référence au plafond applicable à l'allocation de base versée à taux plein mentionnée à l'article L. 531-3, et revalorisés ~~par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.~~ ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.
Article L. 531-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 531-3 du code de la sécurité sociale après modification
L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le	L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond

plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Le plafond de ressources et le taux servant au calcul de l'allocation de base versée à taux plein sont identiques à ceux retenus pour l'attribution du complément familial prévu à l'article L. 522-1 et la fixation de son montant. L'allocation est versée pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie au premier alinéa du présent article. Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées	défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé ~~par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale~~ conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Le plafond de ressources et le taux servant au calcul de l'allocation de base versée à taux plein sont identiques à ceux retenus pour l'attribution du complément familial prévu à l'article L. 522-1 et la fixation de son montant. L'allocation est versée pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie au premier alinéa du présent article. Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.
Article L. 543-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 543-1 du code de la sécurité sociale après modification
Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé, jusqu'à la fin de l'obligation scolaire. Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant.	Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé, jusqu'à la fin de l'obligation scolaire. Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. ~~Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture~~ Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant.
Article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 avant modification	Article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 après modification
[...] II.-Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail. <i>Le reste sans changement</i>	[...] II.-Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. Il est revalorisé ~~comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail~~ au 1er janvier de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. <i>Le reste sans changement</i>

Article 45 – Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Le législateur a assigné en 2014 au système de retraite par répartition « *un objectif de solidarité [...] au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes [...].* ». Depuis 2023, cet objectif a été précisé pour prévoir « *à l'horizon 2050, la suppression de l'écart entre le montant des pensions perçues par les femmes et celui des pensions perçues par les hommes et, à l'horizon 2037, sa réduction de moitié par rapport à l'écart constaté en 2023* » (art. L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale).

Malgré une amélioration continue de la participation des femmes au marché du travail et d'une lente réduction des écarts de salaires entre les sexes, les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite se maintiennent. En effet, si les femmes percevaient en 1995 des salaires inférieurs de 22,1 % à ceux des hommes (en équivalent temps plein), cet écart s'est réduit à 14,2 % en 2023¹. La pension des femmes relevant du régime général reflète les dynamiques passées du marché du travail et est en moyenne inférieure de 38 % à celle des hommes (25 % en prenant en compte les pensions de réversion)². Cet écart tend à s'accroître avec le nombre d'enfants, du fait d'écarts salariaux proportionnellement plus importants. En 2022, l'écart de salaire entre les mères et les pères de 3 enfants et plus était de 40,9 %, celui entre les pères et les mères de 2 enfants de 28,5 %, celui entre les pères et les mères d'un enfant de 22,5 % et celui entre les femmes et les hommes sans enfant de 13,8 %³. En outre, un écart de neuf mois peut être constaté entre l'âge moyen de départ à la retraite des femmes (63 ans et un mois) et des hommes (62 ans et quatre mois) en 2023.

Pour ce qui a trait au régime des non-salariés agricoles, l'écart de pension (tous droits et régimes confondus) en 2022 est de 17,8 % (soit 265,7 €/mois brut) en défaveur des femmes. Ces dernières disposent en moyenne de 1 226 €/mois brut contre 1 491 €/mois pour les hommes. Cet écart est similaire à celui constaté au sein de la population des mono-pensionnés non-salariés agricoles, avec une pension des femmes est inférieure de 17 % à celle des hommes (1 101 € contre 915 €) en 2022.

Ainsi, en 2022, si les femmes représentent 53 % des 17 millions de retraités, 42 % des masses de pensions leur ont été versées tous régimes confondus⁴.

Ce constat d'inégalités persistantes est lié à plusieurs facteurs. Les femmes sont davantage confrontées que les hommes au travail à temps partiel et à des salaires moindres, malgré les progrès constatés sur le marché du travail. Elles connaissent aussi des carrières plus hachées, et donc une durée d'assurance plus courte. Aussi les femmes sont-elles moins nombreuses que les hommes à être éligibles à un départ à la retraite anticipé pour carrière longue (RACL). Parmi les retraités nés en 1950, seules 5 % des femmes ont ainsi bénéficié d'un départ anticipé, contre 19 % des hommes au régime général. En effet, 76 % des trimestres validés par les femmes sont « cotisés » contre 93 % pour les hommes. Elles justifient ainsi en moyenne de durées cotisées plus courtes que les hommes, avec 116 trimestres cotisés, ce qui ne permet pas d'atteindre les conditions requises pour un départ en RACL⁵.

Les principes généraux d'ouverture de droit à la RACL relèvent du pouvoir législatif (art. L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale) et justifient l'intervention du législateur pour permettre la prise en compte des majorations de durée d'assurance pour enfant.

Quant aux modalités de calcul du revenu annuel moyen, elles relèvent d'un décret en Conseil d'État, qui sera publié dans le même délai que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

b) Mesure proposée

Afin de répondre à l'objectif de réduction des inégalités de pension fixé par le législateur, il est proposé de s'inscrire dans l'équilibre des mesures discutées par la délégation paritaire permanente (DPP) relatives à l'égalité entre hommes et femmes :

- Réduire les inégalités d'accès à la retraite anticipée pour carrière longue que subissent les femmes en incluant les majorations de durée d'assurance pour enfant dans les trimestres cotisés pris en compte pour l'ouverture du droit ;
- Réduire le nombre des meilleures années de salaire ou de revenu prises en compte pour le calcul du salaire ou revenu annuel moyen des mères.

¹ Mathilde Gérardin, Ecart de salaire entre femmes et hommes en 2023, Insee Focus n°349, 2025.

² Panoramas de la Drees, Les retraités et les retraites, édition 2025.

³ M. Gérardin, Idem.

⁴ Les Comptes de la Sécurité Sociale, mai 2024.

⁵ Ibid.

La RACL est ouverte aux assurés qui justifient à la fois :

- i. de quatre à cinq trimestres d'assurance validés (cotisés ou non), avant un certain âge ;
- ii. d'une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à la durée d'assurance requise (DAR) pour le taux plein.

Sont prises en compte de manière limitée dans cette durée d'assurance cotisée certaines périodes validées n'ayant pas donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré (service national, périodes de chômage, etc.), qualifiées de « périodes réputées cotisées ». A cet égard, il convient de rappeler que la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a prévu la prise en compte de quatre trimestres au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et de l'assurance vieillesse des aidants (AVA) dans le cadre de ce dispositif.

La mesure propose de prendre en compte également en tant que périodes réputées cotisées les trimestres de majoration de durée d'assurance (MDA) pour enfant pour maternité, adoption, éducation et congé parental, dans la limite de deux trimestres.

Les MDA pour maternité sont attribuées au titre de la grossesse et de l'accouchement dans l'ensemble des régimes de base, des régimes spéciaux (à l'exception des régimes des mines et des marins) ainsi que les régimes d'assurance vieillesse des professions libérales et celui des avocats pour compenser l'impact de la maternité sur les carrières des femmes. Selon les régimes, deux à quatre trimestres de MDA sont accordés par enfant.

Les MDA pour éducation sont attribuées pour compenser l'effet de la prise en charge de l'éducation des enfants sur les carrières des parents. Dans les régimes concernés, les parents peuvent mobiliser un droit d'option afin de partager deux des quatre trimestres accordés par enfant, dont deux sont réservés à la mère. A défaut d'exercice du droit d'option, les quatre trimestres sont attribués à la mère.

Les MDA adoption sont attribuées dans les régimes concernés pour chaque enfant adopté durant sa minorité, à ses parents au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de l'accueil de l'enfant et des démarches préalables à celui-ci. Les quatre trimestres attribués à ce titre font aussi l'objet d'un droit d'option entre les parents. La mère adoptante est attributaire par défaut.

Enfin, la MDA pour congé parental est attribuée dans les régimes concernés aux assurés ayant bénéficié d'un congé parental d'éducation égal à la durée effective du congé (trois ans maximum). Cette majoration est attribuée si elle est plus favorable que le cumul des MDA précédemment citées.

Dans les faits, les mères sont les principales attributaires des MDA. La mesure proposée est donc essentiellement favorable aux femmes.

Cette mesure s'inscrit dans la continuité de la prise en compte d'une partie des trimestres validés au titre de l'AVPF en tant que périodes réputées cotisées par le biais de la réforme de 2023, afin de faciliter le départ en retraite anticipée pour carrière longues des femmes.

En parallèle, le calcul du salaire et du revenu annuel moyen dans les régimes alignés et le régime des non-salariés agricoles sera modifié en faveur des mères. Actuellement calculé sur les vingt-cinq meilleures années de revenus, **il le sera sur les vingt-quatre meilleures années pour les mères d'un enfant ou plus et sur les vingt-trois meilleures années pour les mères de deux enfants et plus**. Cette mesure ne nécessite pas l'intervention du législateur et sera prise par voie réglementaire.

c) Autres options possibles

Dans l'optique de la réduction des inégalités à la retraite entre les femmes et les hommes, et en particulier afin de réduire l'écart d'âge de départ à la retraite constaté entre les sexes, la création d'un âge dérogatoire d'ouverture des droits à retraite aux mères a été proposé au cours des débats parlementaires de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Cette option s'oppose toutefois au droit communautaire rappelé par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qui exerce un contrôle étroit des dispositifs des droits familiaux en matière de retraite déployés par les États membres, afin de prévenir des situations de discriminations directes ou indirectes entre assurés placés dans une situation comparable. Si certaines dérogations sont admises, ce cadre empêche le déploiement de dispositifs de droits familiaux excluant d'office les hommes. De plus, les avantages familiaux doivent répondre à une exigence de proportionnalité et ne pas surcompenser les effets des enfants sur la carrière.

La mesure proposée, issue des discussions de la délégation paritaire permanente (DPP), s'inscrit en parallèle des travaux menés par le COR afin d'améliorer l'efficacité, la lisibilité et l'équité des droits familiaux et conjugués de retraite (MDA, AVPF, majoration de pension, pension de réversion, etc.). Ces travaux font suite à la saisine par le Gouvernement de cette instance le 23 mai 2023 et dont les conclusions seront connues à la fin de l'année 2025. Dans ces conditions, les mesures proposées, issues des discussions de la DPP, permettent d'apporter une réponse immédiate afin d'améliorer les retraites des femmes.

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

La mesure proposée trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale en vertu du b du 1° de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

En application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les avis sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont rendus sur le texte tel que déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale. La saisine est effectuée au plus tard le

lendemain du dépôt du texte par le Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (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 (dispositions de règlement ou de directive), tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJUE) : règles relatives à la concurrence, à l'égalité de traitement, ...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ?

L'option retenue consistant à prendre en compte les MDA qui peuvent être attribuées aux pères et aux mères a été conçue en cohérence avec le droit européen applicable en matière de non-discrimination entre hommes et femmes.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, l'article L. 781-29-1 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que les articles L. 351-1-1, L. 351-4, L. 643-3 et L. 653-2 du code de la sécurité sociale sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Le IX de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est abrogé, son maintien étant incompatible avec la mise en œuvre de la présente mesure.

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

Collectivités d'outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure non 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

Le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue n'est pas applicable à ce jour dans le régime de vieillesse mahorais, du fait notamment des profils de carrière des assurés mahorais. Dans le cadre du plan de convergence sociale acté par la loi de programmation pour la refondation de Mayotte, la mise en place de ce dispositif dans le régime vieillesse mahorais sera en revanche accompagnée de la prise en compte des majorations de durée d'assurance pour enfant, comme en métropole.

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La prise en compte de deux trimestres de MDA dans le nombre de trimestres réputés cotisés pour l'ouverture du droit aux RACL représenterait un coût tous régimes de l'ordre de 0,1 Md€ en 2026, croissant jusqu'à 0,4 Md€ en 2029.

Les premières années de déploiement devraient permettre une hausse des départs anticipés parmi les assurés éligibles, augmentant temporairement le flux de pensions de retraite à liquider et par conséquent le niveau de dépenses. L'effet de la mesure sur les effectifs de bénéficiaires de la RACL serait maximal en 2028, augmentant de près de 12 000 l'effectif de retraités. Cette hausse des effectifs de retraités se traduirait par une diminution du nombre de personnes en emploi, entraînant une baisse des cotisations.

La hausse des dépenses s'atténuerait après 2030, en raison notamment de l'arrivée à la retraite de générations aux carrières davantage heurtées que les précédentes et moins susceptibles de satisfaire les critères d'accès au dispositif des carrières longues. Le coût atteindrait à l'orée des années 2040 un total de 0,2 Md€. Il se dégraderait de nouveau par la suite, atteignant vers 2045 un déficit maximum de 0,4 Md€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2025 (rectificatif)	2026	2027	2028	2029
ROBSS		< - 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2
- Vieillesse		< - 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2
Etat		< - 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1
Agirc-Arrco		< - 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1

La diminution du nombre d'années dans le salaire annuel moyen pour les femmes ayant des MDA pour enfants, qui ne nécessite l'intervention que du pouvoir réglementaire, ne conduirait pas les assurées à décaler leur départ à la retraite. Cependant, leur pension moyenne augmenterait de 1,0 % à la liquidation, engendrant un coût pour le système de retraite de l'ordre de 0,2 Md€ en 2030 et de 2,2 Md€ en 2050. Cette estimation ne tient pas compte de l'interaction avec la mesure RACL, laquelle n'aurait cependant qu'une incidence limitée sur l'effet de cette seconde mesure.

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

a) impacts économiques

Les deux mesures envisagées pourraient avoir des impacts économiques différents. A court et moyen terme, la mesure RACL conduirait les assurées éligibles à anticiper leur départ et pourrait donc inciter à liquider leur pension à des niveaux plus faibles (-3,5 % en moyenne). Il n'est toutefois pas possible de prévoir précisément les décisions face au nouveau choix ainsi rendu possible.

Cet effet pourrait toutefois être en partie compensé par la mesure visant à diminuer le nombre d'année dans le SAM, qui augmenterait en moyenne de 1 % la pension des femmes ayant eu des enfants.

b) impacts sociaux

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

La mesure produit des effets directs sur la réduction des inégalités entre les sexes en matière de droit à retraite, en permettant à plus de femmes de bénéficier d'une retraite anticipée pour carrière longue. Comptabiliser deux trimestres de MDA pour enfants dans l'éligibilité au dispositif RACL permettrait chaque année de 6 000 à 12 000 assurées supplémentaires d'en bénéficier.

Quant à la réduction du nombre d'années dans le SAM, elle donnerait la possibilité aux femmes de bénéficier d'une pension à la liquidation supérieure de 1 % en moyenne.

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'entraînera pas de charge administrative supplémentaire pour les assurés et bénéficiaires des prestations.

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

Cette mesure pourrait entraîner une hausse des départs anticipés pour carrière longue, conduisant à avancer l'âge moyen de liquidation. Les premières années de déploiement devraient donc conduire à un surcroît transitoire d'activité de liquidation pour les caisses d'assurance retraite (+7 000 liquidations en 2026).

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

Le surcroît d'activité transitoire de liquidation attendu pendant les premières années de montée en charge pourrait conduire les caisses de sécurité sociale, et notamment la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), à dédier des moyens spécifiques afin d'y faire face dans le cadre des moyens prévus dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

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 publication d'un décret simple est nécessaire afin de préciser le nombre de trimestres de MDA retenu.

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

Un délai de mise en œuvre de plusieurs mois est souhaitable pour les caisses d'où une date d'effet prévue en septembre 2026. En effet, les caisses de retraite délivrent une information six mois avant la date potentielle de départ en retraite anticipée aux assurés souhaitant en bénéficier. Afin d'assurer que cette information amont prenne en compte la présente mesure, un délai est donc nécessaire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés par les voies de communication habituelles des organismes (sites internet et points d'accueil).

d) Suivi de la mise en œuvre

L'impact de cette mesure sera suivi, s'agissant des pensions de retraite, par le conseil d'orientation des retraites (Cor), le comité de suivi des retraites (CSR) et au travers des indicateurs du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite avant modification	Article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite après modification
L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite résultant de l'application de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale est abaissé d'au moins un an pour les fonctionnaires relevant du régime des pensions civiles et militaires de retraite qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminées par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par le même décret, qui ne peut être supérieure à la durée de services et bonifications requise pour obtenir le pourcentage maximum de la pension mentionné à l'article L. 13, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge du fonctionnaire. Ce décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, une partie des périodes de service national et les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires ont été placés en congé de maladie statutaire ainsi que les périodes comptées comme périodes d'assurance dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au titre de la maladie, de la maternité et de l'incapacité temporaire ainsi qu'en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 du code de la sécurité sociale et les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré.	L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite résultant de l'application de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale est abaissé d'au moins un an pour les fonctionnaires relevant du régime des pensions civiles et militaires de retraite qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, ~~et dans des conditions déterminées par décret et ont accompli~~ dans des conditions déterminées par décret et justifient d'une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par le même décret, qui ne peut être supérieure à la durée de services et bonifications requise pour obtenir le pourcentage maximum de la pension mentionné à l'article L. 13, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge du fonctionnaire. Ce décret ~~précise les modalités d'application du présent article et,~~ peuvent être réputés avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré tout ou partie : 1° ~~Une partie~~ Des périodes de service national ; 2° ~~et les~~ Des périodes pendant lesquelles les fonctionnaires ont été placés en congé de maladie statutaire ainsi que les des périodes comptées comme périodes d'assurance dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au titre de la maladie, de la maternité et de ~~l'incapacité~~ l'incapacité temporaire ; 3° ~~ainsi qu'en~~ Des périodes d'assurance validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 du code de la sécurité sociale et ~~les des~~ périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial ~~peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré.~~ ; 4° Des trimestres de bonification ou de majoration de durée d'assurance attribués en application du b de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du présent code, des articles L. 351-4 et L. 351-5 du code de la sécurité sociale ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.
Article L. 781-29-1 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 781-29-1 du code rural et de la pêche maritime après modification
	S'agissant de la retraite anticipée pour carrière longue prévue à l'article L. 732-18-1, les droits à pension sont appréciés dans les conditions prévues à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale après modification
L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa du même article L. 351-1, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes, ainsi qu'en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 et les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial.	L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, ~~et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli~~ dans des conditions déterminées par décret et justifient d'une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa du même article L. 351-1, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. ~~Un~~ Ce décret précise ~~les modalités d'application du présent article et~~, notamment, les conditions dans lesquelles, ~~le cas échéant~~, peuvent être ~~réputées~~ réputés avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré tout ou partie : 1° De certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes ; 2° ~~ainsi qu'en~~ Des périodes d'assurance validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 et ~~les des~~ périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial ; 3° Des trimestres de bonification ou majoration de durée d'assurance attribués en application des articles L. 351-4 et L. 351-5 du présent code, du b de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.
Article L. 351-4 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 351-4 du code de la sécurité sociale après modification
[...] VII.-Lors de la liquidation de la pension de retraite, la majoration prévue au II ne peut être attribuée à l'un ou l'autre des parents lorsque chacun d'eux ne justifie pas d'une durée d'assurance minimale de deux ans auprès d'un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Ces dispositions ne sont pas applicables au parent qui a élevé seul l'enfant pendant tout ou partie de la période mentionnée au premier alinéa du II. VIII.-Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande. IX.-Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-1, du II des	[...] VII.-Lors de la liquidation de la pension de retraite, la majoration prévue au II ne peut être attribuée à l'un ou l'autre des parents lorsque chacun d'eux ne justifie pas d'une durée d'assurance minimale de deux ans auprès d'un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Ces dispositions ne sont pas applicables au parent qui a élevé seul l'enfant pendant tout ou partie de la période mentionnée au premier alinéa du II. VIII.-Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande. ~~IX. Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-1, du II des articles L. 643-~~

articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, 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. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des b et b bis de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet. X.-Avant le 1er janvier 2015, le Gouvernement élabore, sur la base notamment des travaux du Conseil d'orientation des retraites et de l'Institut national de la statistique et des études économiques, un rapport faisant apparaître l'impact, par génération, de l'éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite. Il prépare à partir de ces données un rapport d'orientation qui est rendu public et transmis au Parlement.	~~3 et L. 653-2 du présent code, 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. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des b et b bis de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet.~~ X.-Avant le 1er janvier 2015, le Gouvernement élabore, sur la base notamment des travaux du Conseil d'orientation des retraites et de l'Institut national de la statistique et des études économiques, un rapport faisant apparaître l'impact, par génération, de l'éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite. Il prépare à partir de ces données un rapport d'orientation qui est rendu public et transmis au Parlement.
Article L. 643-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 643-3 du code de la sécurité sociale après modification
I.-La liquidation de la pension prévue à l'article L. 643-1 peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est égal au produit de la valeur du point par le nombre de points acquis. Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I. La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des articles L. 351-4, L. 351-4-1 ou L. 351-5, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues à la première phrase du quatrième alinéa du présent I et sous réserve de l'application de la seconde phrase du même quatrième alinéa.	I.-La liquidation de la pension prévue à l'article L. 643-1 peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est égal au produit de la valeur du point par le nombre de points acquis. Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I. La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des articles L. 351-4, L. 351-4-1 ou L. 351-5, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues à la première phrase du quatrième alinéa du présent I et sous réserve de l'application de la seconde phrase du même quatrième alinéa.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le présent article s'applique aux assurés affiliés à plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires d'assurance vieillesse, afin que soient pris en compte, pour le bénéfice de la majoration de pension mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I, des trimestres de majoration de durée d'assurance ou de bonification accordés à l'assuré au même titre que ceux mentionnés au même avant-dernier alinéa par les autres régimes. I bis.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée d'au moins un an, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés bénéficiaires d'un départ à la retraite au titre des II et IV. Cette condition d'âge est abaissée d'une durée pouvant aller jusqu'à neuf ans pour les assurés mentionnés au III. II.-L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes, ainsi que les périodes validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2. Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles sont réputées avoir donné lieu à versement de cotisations par l'assuré les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial. III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret. IV.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I du présent article est abaissée, dans des conditions fixées par	Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le présent article s'applique aux assurés affiliés à plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires d'assurance vieillesse, afin que soient pris en compte, pour le bénéfice de la majoration de pension mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I, des trimestres de majoration de durée d'assurance ou de bonification accordés à l'assuré au même titre que ceux mentionnés au même avant-dernier alinéa par les autres régimes. I bis.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée d'au moins un an, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés bénéficiaires d'un départ à la retraite au titre des II et IV. Cette condition d'âge est abaissée d'une durée pouvant aller jusqu'à neuf ans pour les assurés mentionnés au III. II.-L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé ~~pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes, ainsi que les périodes validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2. Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles sont réputées avoir donné lieu à versement de cotisations par l'assuré les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial.~~ dans les conditions définies à l'article L. 351-1-1, les références au régime général étant remplacées par celles au régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales. III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret. IV.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I du présent article est abaissée, dans des conditions fixées par

décret, pour les assurés relevant des 2° et 3° de l'article L. 643-4.	décret, pour les assurés relevant des 2° et 3° de l'article L. 643-4.
Article L. 653-2 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 653-2 du code de la sécurité sociale après modification
I.-La liquidation de la pension peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est calculé en proportion de la durée d'assurance à la Caisse nationale des barreaux français. Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I. La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des articles L. 351-4, L. 351-4-1 ou L. 351-5, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues à la première phrase du quatrième alinéa du présent I, sous réserve de l'application de la seconde phrase du même quatrième alinéa. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le présent article s'applique aux assurés affiliés à plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires d'assurance vieillesse, afin que soient pris en compte, pour le bénéfice de la majoration de pension mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I, des trimestres de majoration de durée d'assurance ou de bonification accordés à l'assuré au même titre que ceux mentionnés au même avant-dernier alinéa par les autres régimes. I bis.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée d'au moins un an, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés bénéficiaires d'un départ à la retraite au titre des II et IV. Cette condition d'âge est	I.-La liquidation de la pension peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est calculé en proportion de la durée d'assurance à la Caisse nationale des barreaux français. Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I. La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des articles L. 351-4, L. 351-4-1 ou L. 351-5, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues à la première phrase du quatrième alinéa du présent I, sous réserve de l'application de la seconde phrase du même quatrième alinéa. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le présent article s'applique aux assurés affiliés à plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires d'assurance vieillesse, afin que soient pris en compte, pour le bénéfice de la majoration de pension mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I, des trimestres de majoration de durée d'assurance ou de bonification accordés à l'assuré au même titre que ceux mentionnés au même avant-dernier alinéa par les autres régimes. I bis.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée d'au moins un an, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés bénéficiaires d'un départ à la retraite au titre des II et IV. Cette condition d'âge est

abaissée d'une durée pouvant aller jusqu'à neuf ans pour les assurés mentionnés au III. II.-L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II, et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes, ainsi que les périodes validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2. Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles sont réputées avoir donné lieu à versement de cotisations par l'assuré les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial. III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret. IV.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I du présent article est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés relevant des 2° et 3° de l'article L. 653-4.	abaissée d'une durée pouvant aller jusqu'à neuf ans pour les assurés mentionnés au III. II.- L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé ~~pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II, et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes, ainsi que les périodes validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2. Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles sont réputées avoir donné lieu à versement de cotisations par l'assuré les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial.~~ dans les conditions définies à l'article L. 351-1-1, les références au régime général étant remplacés par celles au régime d'assurance vieillesse de base des avocats. III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret. IV.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I du présent article est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés relevant des 2° et 3° de l'article L. 653-4.
VIII de l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 avant modification	VIII de l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 après modification
[...] B.-Par dérogation au A du présent VIII, les dispositions, autres que celles de l'article L. 732-54-3, de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, continuent de s'appliquer aux pensions dues au titre du régime des non-salariés des professions agricoles	[...] B.-Par dérogation au A du présent VIII, les dispositions, autres que celles de l'article L. 732-54-3, de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, continuent de s'appliquer aux pensions dues au titre du régime des non-salariés des professions agricoles

prenant effet entre le 1er janvier 2026 et le 31 décembre 2027. Toutefois, pour les pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2026, les pensions de retraite proportionnelle prévues au 2° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, dues au titre des périodes d'assurance antérieures à 2016 sont liquidées dans les conditions prévues au b du 2° du I du même article L. 732-24, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Pour l'application du premier alinéa du présent B, les droits à pension au titre de la retraite proportionnelle prévue à l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour les périodes d'assurance de 2026 et 2027 sont acquis, dans des conditions fixées par décret, en tenant compte des cotisations prévues à l'article L. 731-42 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et de la durée d'assurance dans le régime. A une date fixée par décret, et au plus tard le 31 mars 2028, les pensions mentionnées au premier alinéa du présent B font l'objet d'un nouveau calcul en tenant compte des modifications résultant du présent article. Si le montant issu de ce nouveau calcul est supérieur à celui attribué dans les conditions prévues au même premier alinéa, le niveau de la pension est révisé et les sommes versées antérieurement font l'objet d'une régularisation.	prenant effet entre le 1er janvier 2026 et le 31 décembre 2027. Toutefois, pour les pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2026, les pensions de retraite proportionnelle prévues au 2° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, dues au titre des périodes d'assurance antérieures à 2016 sont liquidées dans les conditions prévues au b du 2° du I du même article L. 732-24, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Pour l'application du premier alinéa du présent B, les droits à pension au titre de la retraite proportionnelle prévue à l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour les périodes d'assurance de 2026 et 2027 sont acquis, dans des conditions fixées par décret, en tenant compte des cotisations prévues à l'article L. 731-42 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et de la durée d'assurance dans le régime. S'agissant de la retraite anticipée pour carrière longue prévue à l'article L. 732-18-1 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, les droits à pension sont appréciés, pour les pensions prenant effet à compter du 1er septembre 2026, dans les conditions prévues à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2026. A une date fixée par décret, et au plus tard le 31 mars 2028, les pensions mentionnées au premier alinéa du présent B font l'objet d'un nouveau calcul en tenant compte des modifications résultant du présent article. Si le montant issu de ce nouveau calcul est supérieur à celui attribué dans les conditions prévues au même premier alinéa, le niveau de la pension est révisé et les sommes versées antérieurement font l'objet d'une régularisation.



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*