

La Lettre de XXI Institut – Santé et solidarités

Septembre 2026 · XXI Institut
Publication du 17 octobre 2026

Prévention et santé publique

Septembre — Les propositions de l'Assurance Maladie : financer la prévention sans la réduire aux économies attendues

La synthèse de septembre du rapport « Charges et produits pour 2027 » de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) reprend une proposition d'affichage obligatoire du Nutri-Score sur les produits emballés et propose une information complémentaire sur leur caractère ultra-transformé. Ces propositions institutionnelles préparent le débat sur le financement de la Sécurité sociale ; elles ne créent pas elles-mêmes une nouvelle obligation pour les fabricants.[1]

Deux informations différentes seraient ainsi données au consommateur. La qualité nutritionnelle d'un produit et son degré de transformation ne se confondent pas. Leur présentation doit permettre de comprendre ce que chacune mesure, sans promettre qu'une étiquette suffira à modifier l'alimentation. Un dispositif d'information perdrait son intérêt s'il multipliait des signes dont la signification ou la hiérarchie demeurent incertaines pour le public.

Le passage à une obligation exige ensuite de déterminer son champ, les responsables de l'affichage, les modalités de contrôle et le traitement des produits importés. La proposition pose ces questions de mise en œuvre ; elle ne les résout pas par sa seule formulation. L'évaluation juridique doit porter sur le dispositif finalement adopté, et l'évaluation sanitaire sur les comportements effectivement modifiés, plutôt que sur le nombre d'emballages portant le signe.

La prévention nutritionnelle rencontre aussi une contrainte que l'information ne supprime pas : la capacité de choisir. Si les produits souhaitables sont trop chers ou peu disponibles, le consommateur informé peut conserver la même alimentation. Une politique territoriale pourrait donc examiner conjointement les prix, les commerces accessibles, la restauration collective et les conditions de préparation des repas. Il s'agit d'un prolongement possible de la proposition, non d'un résultat déjà établi par l'étude.

Enfin, une action préventive demande souvent une dépense immédiate alors que ses bénéfices apparaissent plus tard. Le financeur du contrôle ou de l'accompagnement n'est pas nécessairement celui qui bénéficiera d'une moindre dépense de soins. Des conventions entre

acteurs devraient préciser cette répartition et les indicateurs suivis, pour éviter qu'un programme utile soit abandonné faute d'économie visible dans le budget de l'année.

L'intérêt de la proposition est donc de mettre en discussion un instrument concret. Sa réussite s'apprécierait à l'évolution de l'exposition aux risques et aux inégalités alimentaires, en tenant compte des conditions de vie. Une économie projetée peut éclairer l'arbitrage ; elle ne dispense ni de définir les obligations applicables ni de mesurer les effets sanitaires après leur mise en œuvre.

Hôpital et organisation des soins

Septembre — Trois trajectoires de dépenses pour 2030 : ce que les scénarios permettent réellement de décider

La synthèse « Charges et produits pour 2027 » compare trois trajectoires : poursuite des tendances, régulation renforcée, puis combinaison de cette régulation avec une stabilisation de la prévalence des maladies chroniques. Dans le premier scénario, les remboursements atteindraient 263,4 milliards d'euros en 2030. Le document propose également de développer le recueil de l'expérience des patients et des résultats des soins. Ce sont des orientations à discuter, pas des budgets votés ni des économies acquises.[1]

Le point décisif est l'hypothèse qui sépare les trajectoires. Stabiliser la fréquence des maladies chroniques suppose que des actions suffisamment efficaces interviennent assez tôt et touchent effectivement les populations concernées. Une comparaison de scénarios décrit l'effet d'une hypothèse ; elle ne prouve pas que les instruments proposés permettront de la réaliser. Le débat budgétaire devrait pouvoir identifier cette dépendance avant de transformer la projection en objectif de dépenses.

Un objectif national doit ensuite être traduit dans les organisations. Réduire une hospitalisation évitable implique, par exemple, que la réponse en ville soit disponible au moment nécessaire. Une sortie plus précoce peut diminuer un coût hospitalier tout en augmentant les besoins d'aide à domicile et la charge des proches. Le déplacement d'une dépense entre financeurs ne constitue pas à lui seul une amélioration du parcours ou une économie pour la collectivité.

Le recueil de l'expérience des patients offre ici un complément aux comptes. Les remboursements décrivent des actes payés ; ils ne disent pas toujours si l'information a été comprise, si un rendez-vous a été obtenu à temps ou si le traitement s'intègre dans la vie quotidienne. Un questionnaire utile devrait distinguer ces dimensions, rendre visibles les situations de rupture et déboucher sur une modification identifiable de l'organisation.

La comparaison des établissements ou équipes impose cependant de tenir compte des publics suivis. Les personnes les plus fragiles peuvent rencontrer davantage d'obstacles et répondre moins facilement à une enquête. Un résultat moyen favorable pourrait masquer leur exclusion. Il importe donc d'examiner les non-réponses, les modalités d'assistance au questionnaire et les

différences de besoins, sans convertir automatiquement une appréciation du patient en classement des professionnels.

15 juillet — Intérim sanitaire : une annulation partielle oblige à revoir le calcul et le calendrier des plafonds

Le Conseil d'État annule le 15 juillet 2026 plusieurs éléments de l'arrêté du 5 septembre 2025 plafonnant les dépenses d'intérim sanitaire, social et médico-social. Sont notamment concernés le calcul forfaitaire moyen de sujétions et de frais réellement supportés, l'absence d'un plafond propre à certains infirmiers autorisés à exercer en bloc opératoire et des modalités d'application aux contrats déjà conclus. Une modification de l'arrêté est ordonnée dans les six mois.[2]

La décision laisse subsister le principe législatif du plafonnement. Elle porte sur la manière de le mettre en œuvre. Un plafond de dépense de l'établissement ne se confond pas avec le salaire net de l'intérimaire : le prix facturé comprend plusieurs éléments. Pour apprécier sa légalité, il faut donc identifier ce qui rémunère le travail, ce qui compense une sujétion effective, ce qui rembourse un déplacement et ce qui revient à l'entreprise d'intérim.

Un calcul moyen devient problématique lorsqu'il ne permet pas de respecter la rémunération due pour les conditions réelles de la mission. Une garde de nuit ou un déplacement particulier ne sont pas des abstractions statistiques pour celui qui les accomplit. Le contrôle oblige à relier les paramètres nationaux aux obligations concrètes de rémunération, sans pour autant consacrer un droit de chaque entreprise à facturer n'importe quel montant.

L'absence de catégorie propre aux infirmiers de bloc opératoire concernés illustre une autre difficulté : deux professionnels rangés sous une même dénomination générale peuvent exercer avec des qualifications et autorisations différentes. Construire une grille demande de vérifier ces différences avant de choisir les catégories. Une classification insuffisante peut désorganiser le recrutement d'une compétence nécessaire même si le principe de la régulation demeure justifié.

Le calendrier constitue un volet distinct. L'arrêté avait été publié trop tard pour ménager effectivement le temps d'adaptation recherché. La décision vise précisément certaines périodes et certains contrats ; elle n'annule pas indistinctement toute facture depuis juillet 2025. Un établissement doit donc rapprocher la date du marché, celle du contrat de mission et les règles de transition, avant de déterminer les conséquences sur sa dépense.

La régulation ne peut enfin être évaluée seulement par la baisse d'une facture. Le suivi devrait rapprocher coûts, postes durablement vacants, missions non pourvues et continuité des services. Le juge ne garantit pas que les nouveaux plafonds résoudront la pénurie. Il impose que leurs paramètres et leur application respectent le droit ; l'organisation des effectifs reste une décision hospitalière et une responsabilité de politique publique.

24 juillet — Ségur du secteur non lucratif : le coût pour les départements ne suffit pas à invalider l'accord agréé

Le 24 juillet 2026, le Conseil d'État rejette les recours de départements contre l'agrément et l'extension de l'accord du 4 juin 2024 du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif. L'accord étendait une revalorisation salariale à des personnels auparavant exclus. Les collectivités invoquaient notamment son coût et des irrégularités de consultation. Le litige porte sur la légalité de ces actes, non sur la fixation de chaque tarif d'établissement.[3]

L'agrément et l'extension remplissent des fonctions différentes : le premier permet la prise d'effet de l'accord dans le champ social et médico-social concerné ; la seconde en rend les stipulations obligatoires dans son champ professionnel. Pour mesurer une conséquence budgétaire, il faut connaître l'accord applicable, les salariés visés, sa date d'effet et la manière dont les dépenses de l'établissement sont financées. Une enveloppe globale ne répond pas à ces quatre questions.

Le juge distingue aussi un accroissement de charge d'un transfert ou d'une extension de compétence. Les mécanismes constitutionnels invoqués ne s'appliquent pas automatiquement à toute hausse du coût d'une mission existante. L'arrêt ne supprime pas toute possibilité de discuter un financement ; il écarte les moyens dirigés contre les actes en cause. L'absence de compensation dans l'acte d'agrément ne suffit pas à rendre cet acte illégal.

La consultation fait l'objet d'un examen concret. L'absence de représentants départementaux résultait ici du refus de procéder aux désignations. Un retard de transmission de documents est également constaté, mais sans influence retenue sur l'avis ni privation de garantie. Ces circonstances ne donnent pas une dispense générale de respecter les délais et la composition d'une commission : elles expliquent pourquoi les irrégularités invoquées n'entraînent pas l'annulation dans cette affaire.

Pour un gestionnaire, le désaccord entre financeurs ne doit pas être confondu avec la disparition de l'obligation salariale. Il importe de séparer le calcul de la rémunération, l'évaluation du surcoût et sa discussion dans les relations de tarification. Une documentation par catégories de personnels et activités permettrait de discuter les besoins sans transformer un différend budgétaire en incertitude sur le droit des salariés.

La décision laisse ainsi ouverte une question de gestion : comment financer durablement une revalorisation sans réduire l'accompagnement ? Une réponse devrait rapprocher masse salariale, capacité d'accueil et service effectivement rendu. Le rejet des recours confirme la légalité des actes attaqués ; il ne démontre ni que tous les établissements disposent de moyens suffisants ni que chaque collectivité supportera le même effet financier.

Offre territoriale de soins et accès aux services

27 février — Aide médicale de l'État : exiger l'avance des frais peut constituer un refus de soins discriminatoire

Une mère bénéficiaire de l'aide médicale de l'État (AME) avait accompagné sa fille chez une ophtalmologue, qui avait subordonné l'examen au paiement de la consultation. Le 27 février 2026, le Conseil d'État annule les décisions disciplinaires qui avaient rejeté sa plainte et inflige lui-même un blâme à la praticienne. L'affaire porte sur une garantie précise : la dispense d'avance des frais pour la part couverte par l'aide.[4]

La règle ne se limite pas à interdire un refus verbal de recevoir un patient. Une condition financière peut produire le même effet en empêchant la consultation. Le juge écarte les difficultés de remboursement invoquées par le médecin : elles ne permettent pas de transférer au bénéficiaire une avance dont le régime le dispense. Il considère également sans incidence la réaction de la mère à cette exigence.

La portée doit rester attachée à la part des frais concernée par la dispense. L'arrêt n'affirme pas que toute consultation de tout patient doit être gratuite, ni que tout désaccord de facturation constitue une discrimination. Il qualifie un comportement déterminé au regard des droits de cette famille et des obligations déontologiques du professionnel. Le blâme tient aussi compte du caractère isolé du manquement et de l'absence d'antécédents.

Pour un cabinet ou un centre de santé, la question se joue souvent avant l'acte médical. Les consignes données à l'accueil, les vérifications des droits et les possibilités de facturation conditionnent l'accès réel à la consultation. Une procédure qui impose systématiquement un paiement en cas de difficulté technique devrait donc être examinée au regard des dispenses applicables, plutôt que considérée comme une simple modalité administrative neutre.

La réponse aux difficultés de remboursement appartient à la relation entre le professionnel et le payeur. Elle peut nécessiter un interlocuteur, une correction des informations transmises ou une clarification du circuit de paiement. L'organisation de ce traitement éviterait que le conflit se reporte sur une personne qui n'a ni choisi le système de facturation ni la capacité d'avancer les sommes.

Pour les responsables de l'accès aux soins, cette décision invite enfin à documenter les obstacles financiers au moment où ils apparaissent. La date, le droit présenté, la somme demandée et le motif du refus permettent de distinguer une difficulté régularisable d'une pratique prohibée. La présence d'une offre de consultation dans un territoire ne suffit pas si ses conditions d'accès contredisent les garanties attachées à la couverture du patient.

Vieillesse et autonomie

30 juin — Service public départemental de l'autonomie : la coordination doit produire une réponse après l'accueil

Publié le 30 juin 2026, le rapport annuel 2025 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) décrit le déploiement progressif du service public départemental de l'autonomie (SPDA). Il présente un élargissement des coopérations aux acteurs locaux et des outils de pilotage pour les agences régionales de santé et les départements. Le SPDA vise l'information, l'accès aux droits et la continuité des parcours ; le rapport ne démontre pas que chaque territoire a déjà atteint ces résultats.[5]

La coordination prend un sens concret lorsqu'une personne ne connaît pas le bon interlocuteur ou reçoit plusieurs réponses partielles. Un accueil commun peut identifier sa demande, mais ne crée pas de lui-même une heure d'aide, une consultation ou une place d'établissement. L'organisation devrait donc préciser qui suit le dossier après la première orientation et à quel moment une demande sans réponse est réexaminée.

Cette responsabilité ne suppose pas de confondre les compétences. L'autorité qui attribue une prestation, celle qui autorise un service et le professionnel qui intervient gardent leurs rôles. La coopération est utile si elle rend leurs échanges compréhensibles et évite au demandeur de transmettre plusieurs fois les mêmes informations. Elle devient trompeuse si le guichet laisse croire qu'il décide de droits ou de services qu'il ne maîtrise pas.

Le délai pertinent est également plus long que celui de l'instruction administrative. Une décision favorable peut être suivie d'une attente de professionnels ou d'un financement incomplet. Le suivi gagnerait donc à distinguer demande reçue, décision rendue, service proposé et accompagnement commencé. Cette décomposition permettrait d'identifier le lieu de la rupture au lieu de l'attribuer indistinctement à un organisme.

La participation de la personne et de ses proches doit être organisée dans ces échanges. Leur information peut éviter une orientation impossible à mettre en œuvre, mais la coopération n'autorise pas une circulation indifférenciée des données de santé ou de vie privée. Les informations partagées devraient être liées à une tâche déterminée, avec des destinataires identifiables et des conditions adaptées à leur nature.

Le rapport fournit donc un bilan d'organisation à confronter aux parcours locaux. Pour apprécier le SPDA, le nombre de partenaires signataires ne suffirait pas : il faudrait suivre les dossiers réorientés, les attentes persistantes et les accompagnements effectivement engagés. Une personne qui obtient une réponse compréhensible et réalisable permet de mesurer un progrès que l'organigramme, à lui seul, ne montre pas.

21 septembre — Services autonomie à domicile : coordonner les soins ne signifie pas toujours les délivrer

La présentation ministérielle publiée le 21 septembre 2026 distingue deux formes de services autonomie à domicile (SAD). Les services « aide » accompagnent les actes de la vie quotidienne et organisent une réponse aux besoins de soins sans les dispenser directement. Les services « aide et soins » associent aide quotidienne et soins infirmiers. Cette distinction est déterminante pour une personne orientée vers un service après une hospitalisation.[6]

Le nom commun ne doit pas masquer la différence d'intervention. Un service d'aide peut faciliter la mise en relation avec un professionnel de santé ; il ne devient pas pour autant responsable de tous les soins nécessaires. Le plan d'accompagnement doit permettre d'identifier les actes prévus, ceux qui relèvent d'un autre professionnel et les conditions de transmission d'une alerte. Une formule générale de coordination ne suffit pas à organiser ces responsabilités.

La sortie d'hôpital constitue un test particulièrement exigeant. Le besoin peut combiner toilette, repas, médicaments, surveillance et adaptation du logement, avec des horaires peu flexibles. Une orientation serait insuffisante si chaque intervenant supposait qu'un autre a pris en charge l'élément manquant. La vérification d'un premier passage et d'un contact de remplacement est plus utile qu'une liste d'organismes théoriquement compétents.

La coordination implique aussi de traiter les jours où l'intervention prévue ne peut avoir lieu. Le recours aux proches ne peut être présumé disponible, gratuit et sans limite. Il faudrait préciser ce qui est proposé en cas d'absence, comment la personne est informée et quels besoins appellent une réponse urgente. Ces modalités ne découlent pas du seul changement de dénomination d'un service.

L'évaluation locale peut ainsi s'appuyer sur les écarts entre intervention décidée et intervention réalisée. Les heures non assurées, les déplacements empêchés ou les délais pour trouver un soignant signalent des problèmes différents. Leur suivi permettrait d'adapter les conventions, les effectifs ou les financements plutôt que d'accumuler les réunions de coordination sans modifier la situation au domicile.

La présentation ministérielle éclaire les catégories de services ; elle ne garantit pas une disponibilité identique sur tout le territoire. Pour informer correctement une famille, il faut relier cette architecture à l'offre réelle, à ses horaires et à ses conditions d'accès. Le bénéfice attendu est une aide et un soin qui se succèdent sans interruption évitable, avec un interlocuteur capable de traiter les difficultés lorsqu'elles surviennent.

25 juin — Aide sociale : 2,2 millions de prestations ne mesurent ni les personnes distinctes ni tous les besoins

Le panorama 2026 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), publié le 25 juin, indique 2,2 millions de prestations départementales aux personnes âgées ou handicapées en 2024 et 20,2 milliards d'euros de dépenses brutes. L'édition actualise la vue d'ensemble et les fichiers de données, sans renouveler toutes les fiches. Ces précisions de champ sont indispensables pour utiliser les chiffres dans une comparaison territoriale.[7]

Une prestation n'est pas une personne distincte. Certains droits peuvent se cumuler ou correspondre à des modes d'accompagnement différents. Le total ne doit donc pas être rapproché sans précaution d'une population pour calculer une couverture générale. Il ne comprend pas non plus, par sa seule définition, les personnes ayant besoin d'une aide mais ne l'ayant pas demandée ou obtenue.

La distinction entre dépenses brutes et nettes compte autant. Les récupérations, recouvrements et autres éléments du financement peuvent modifier le montant restant à la charge d'un département. Comparer un total brut national à une dépense nette locale conduirait à attribuer à la politique suivie un écart qui tient en réalité à la construction des comptes. Le même indicateur doit être utilisé pour les territoires et années rapprochés.

Une hausse nominale ne décrit pas automatiquement un service plus important. Elle peut financer davantage de bénéficiaires, une revalorisation des professionnels, des prestations plus coûteuses ou l'augmentation des prix. La distinction entre euros courants et constants est un premier correctif ; elle ne suffit pas à mesurer la qualité. Il faudrait également suivre la quantité d'aide réalisée et les conditions de sa délivrance.

Les différences entre départements peuvent enfin tenir à la structure des besoins et de l'offre. Une dépense élevée par bénéficiaire ne prouve ni une meilleure prise en charge ni une inefficience. Une analyse utile pourrait comparer des situations proches, puis examiner les délais, le reste à charge et les interruptions d'accompagnement. Ce travail éviterait de transformer un classement financier en jugement global sur la solidarité locale.

30 juin — Soutien aux aidants : une capacité de répit autorisée doit devenir un relais utilisable

Le rapport annuel 2025 de la CNSA présente le développement des plateformes d'accompagnement et de répit ainsi que des capacités d'accueil temporaire. Il décrit également des mesures de conciliation entre aide à un proche et activité professionnelle. Ces dispositifs répondent à des besoins différents : information, soutien psychologique, interruption temporaire de l'aide ou maintien d'un revenu. Leur juxtaposition ne permet pas de conclure que chaque aidant dispose déjà d'un relais.[5]

Le répit n'est effectif que si la personne aidée peut être accompagnée dans des conditions adaptées. Une place peut exister sans convenir à son état, à ses habitudes ou au moment où le proche doit s'absenter. Avant d'interpréter une capacité autorisée comme une solution

disponible, il faudrait donc connaître ses horaires, les conditions d'admission, le transport et les compétences mobilisables.

La réservation est un autre point décisif. Un aidant peut avoir besoin d'un relais planifié pour travailler ou se soigner, mais aussi d'une réponse imprévue lorsqu'il tombe malade. Un dispositif accessible seulement longtemps à l'avance ne traite pas la seconde situation. Les partenaires territoriaux devraient distinguer ces usages et identifier une procédure d'alerte, sans promettre une disponibilité immédiate qu'ils ne pourraient assurer.

Le soutien ne se réduit pas davantage à une indemnisation. Un revenu maintenu peut rendre une absence possible, mais ne crée pas de professionnel remplaçant. À l'inverse, un relais peut être inutilisable si son coût ou les démarches dépassent les moyens du ménage. Rapprocher ces deux dimensions aiderait à comprendre les motifs de non-recours, plutôt que d'attribuer une faible utilisation à l'absence de besoins.

L'information donnée aux familles doit aussi laisser place au choix de la personne accompagnée. Une organisation trop standardisée pourrait imposer un environnement qu'elle refuse ou interrompre des habitudes importantes. L'évaluation des solutions devrait recueillir séparément l'expérience de l'aidant et celle de la personne aidée, pour éviter que la satisfaction de l'un efface les difficultés de l'autre.

Le bilan de la CNSA signale des instruments disponibles et leur progression. Leur intérêt local se mesurerait au délai pour obtenir un relais, aux demandes restées sans solution et à la durée pendant laquelle l'aide peut se poursuivre sans épuisement. Cette lecture donne un objectif concret à la coordination : permettre une interruption de l'aide dans de bonnes conditions, puis une reprise soutenable lorsqu'elle est souhaitée.

13 mai — Protection d'un majeur : le déménagement ne met pas automatiquement fin à la mission du mandataire

Dans son avis du 13 mai 2026, la première chambre civile de la Cour de cassation répond à la situation d'un majeur protégé qui établit sa résidence dans un département où son mandataire judiciaire ne dispose pas d'un agrément. Le juge des tutelles n'est pas tenu de décharger ce mandataire d'office. Un remplacement reste possible en considération de l'intérêt de la personne, après recueil des observations ou audition des intéressés. Il s'agit d'un avis, non d'une décision liquidant un litige individuel.[8]

La solution distingue le contrôle administratif du professionnel et la continuité d'une mesure judiciaire personnelle. La liste départementale des mandataires et le pouvoir de contrôle du préfet ne rendent pas la mission interchangeable à chaque changement de résidence. Une rupture automatique pourrait obliger une personne déjà fragilisée à reconstruire sa relation avec celui qui connaît sa situation patrimoniale et ses démarches.

Cette continuité n'est toutefois pas une obligation de maintenir le même intervenant quelles que soient les circonstances. La distance peut rendre des visites difficiles, retarder un acte ou affaiblir la connaissance des conditions de vie. L'intérêt de la personne doit alors être apprécié

concrètement. L'avis ne dispense pas le mandataire d'exercer correctement sa mission et ne neutralise pas les contrôles prévus en cas de manquement.

Pour organiser un déménagement, le dossier devrait donc identifier les actes en cours : renouvellement de droits, paiement du logement, gestion d'un compte ou relation avec un établissement. Le risque principal peut être une interruption pratique pendant le changement de territoire, plutôt que l'absence d'agrément local considérée isolément. Une transmission préparée permettrait au juge d'examiner si le maintien ou le remplacement assure la meilleure continuité.

Le recueil des observations de la personne protégée est également essentiel. Son souhait ne résout pas toutes les contraintes, mais il éclaire la qualité de la relation et ses besoins. Un remplacement décidé seulement pour simplifier l'organisation administrative pourrait lui imposer une nouvelle rupture. À l'inverse, conserver un mandataire trop éloigné sans évaluer ses capacités réelles serait une continuité seulement formelle.

L'avis invite ainsi à traiter le changement de domicile comme une étape du parcours de protection. La question utile n'est pas seulement de savoir sur quelle liste le professionnel figure, mais qui pourra accomplir les actes nécessaires sans délai dommageable. La décision de remplacement doit répondre à ce besoin individuel, avec une procédure qui permette aux intéressés de s'exprimer.

Handicap et inclusion

25 juin — AAH et travail en Esat : préparer le passage aux ressources trimestrielles d'octobre à décembre

Le décret n° 2026-547 du 25 juin 2026 modifie le calcul de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour les personnes travaillant dans un établissement et service d'accompagnement par le travail (Esat). Il substitue une appréciation trimestrielle des ressources à la référence antérieure annuelle. Le calendrier de l'article 5 répartit la première application entre octobre, novembre et décembre 2026 selon le mois d'ouverture du droit. La réforme ne s'applique donc pas à tous à une même échéance.[9]

Le changement rapproche la période de ressources du versement de l'allocation. Il ne permet pas de promettre une hausse identique à tous les bénéficiaires : l'effet dépendra des revenus pris en compte et de la situation individuelle. Pour comprendre un montant, la notification devrait identifier le trimestre retenu et les ressources utilisées, plutôt que présenter seulement le résultat d'un calcul difficile à reconstituer.

Les dates de bascule sont précisément définies. Les droits ouverts en janvier, avril, juillet ou octobre relèvent de l'échéance d'octobre ; ceux ouverts en février, mai, août ou novembre de celle de novembre ; les autres de celle de décembre. Cette répartition impose aux organismes payeurs et aux accompagnants de vérifier le mois d'ouverture applicable, sans le confondre avec le mois où la personne prend connaissance de la réforme.

Le décret n° 2026-548 supprime parallèlement le dispositif d'évaluation forfaitaire devenu inutile pour l'activité en Esat et précise le traitement des indemnités de fonction des élus locaux. Son propre calendrier accompagne la modification du calcul. Les deux textes doivent être lus ensemble, mais leurs objets restent distincts : le changement de période de ressources et le traitement d'une catégorie de revenus ne sont pas la même opération.[10]

L'accompagnement devrait porter sur les informations réellement nécessaires à la transition. Une personne peut avoir besoin d'aide pour comprendre la période déclarée, retrouver une pièce ou signaler une incohérence. Des demandes répétées ou contradictoires pourraient créer un risque d'interruption que la réforme de calcul ne cherche pas à produire. La préparation technique devrait donc inclure les modalités d'information et de résolution des erreurs.

Pour apprécier les effets de la réforme, il serait utile de suivre séparément les délais, les régularisations et les variations liées à une évolution réelle des revenus. Un calcul plus actuel n'est une amélioration que s'il demeure compréhensible et maîtrisable par ses destinataires. La date d'entrée dans le nouveau régime est le premier élément à expliquer avant toute comparaison de montants.

28 août — Orientation en ULIS sans place : le rejet du référé ne signifie pas que tous les besoins sont satisfaits

Un collégien disposait d'une orientation en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS), mais aucune place n'était disponible. Le 28 août 2026, le juge des référés du Conseil d'État rejette la demande d'affectation urgente après examen d'engagements d'accompagnement pris par l'administration. L'ordonnance indique expressément que ces mesures ne répondent pas pleinement aux besoins fixés par la décision d'orientation. Le rejet ne vaut donc pas constat d'une prise en charge entièrement conforme à ces besoins.[11]

Le référé-liberté répond à une question particulière : existe-t-il une atteinte grave et manifestement illégale qui appelle une mesure de sauvegarde dans les quarante-huit heures ? Cette procédure ne se confond pas avec le suivi complet du parcours scolaire. Le juge apprécie la situation à la date de l'ordonnance, en tenant compte des moyens mobilisés et des diligences accomplies.

Dans cette affaire, l'administration avait précisé des temps de regroupement pédagogique, une évaluation à la rentrée et des adaptations possibles. Le détail des engagements compte : une simple affirmation selon laquelle l'élève sera accompagné n'aurait pas la même portée qu'un dispositif identifiable. Cette différence interdit de transformer l'existence d'une liste d'attente en justification universelle de toute absence de place.

Après l'ordonnance, l'enjeu devient celui de l'exécution concrète. Les heures annoncées sont-elles assurées ? L'évaluation conduit-elle à une adaptation ? Les besoins d'aide humaine trouvent-ils une réponse ? Ces questions appellent un suivi avec la famille et les équipes. Une promesse prise en compte dans l'urgence reste insuffisante si elle n'est pas ensuite réalisée ; les difficultés nouvelles doivent être documentées pour être réexaminées.

Le dossier révèle aussi un problème de rapprochement entre orientations et capacité disponible. La décision qui reconnaît un besoin et celle qui affecte dans un dispositif relèvent d'opérations différentes. Le pilotage territorial devrait rendre visible le nombre d'orientations non exécutées, leur durée et les réponses provisoires, sans compter celles-ci comme des places créées ni comme une satisfaction intégrale du besoin.

La portée de l'ordonnance est ainsi double : elle explique les conditions de l'intervention urgente et rend visible une réponse partielle. Pour les responsables de l'inclusion, l'objectif reste de réduire l'écart entre besoin reconnu et accompagnement assuré. Un rejet juridictionnel dans les conditions de cette affaire ne dispense pas de poursuivre ce travail, et ne règle pas par avance la situation d'un autre élève.

3 juin — Victime handicapée : évaluer la capacité de travail sans lui imposer de rechercher un emploi

Le 3 juin 2026, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation casse partiellement une décision qui avait indemnisé intégralement les pertes de gains futurs d'une victime licenciée pour inaptitude. Cette inaptitude à l'ancien poste ne suffisait pas à constater une impossibilité définitive d'exercer toute activité rémunérée. La Cour exige une appréciation concrète, tout en précisant que l'absence de recherche d'emploi, de formation ou d'acceptation d'un reclassement ne doit pas être opposée à la victime.[12]

Deux questions doivent donc rester séparées. L'étendue d'un préjudice économique dépend de la capacité de gains après l'accident. L'obligation de limiter le dommage dans l'intérêt du responsable n'est pas imposée à la victime. On ne peut déduire une capacité réelle du seul fait qu'elle n'a pas entrepris de démarches, pas plus qu'on ne peut conclure à une incapacité totale à partir de la seule perte du poste antérieur.

L'expertise médicale constitue un élément du dossier, mais la décision d'indemnisation ne se réduit pas à une formule médicale. Les séquelles, la formation, les qualifications, l'âge et le marché local de l'emploi sont des éléments de l'appréciation. Une activité théoriquement imaginable peut être difficilement accessible à la personne concernée ; cette difficulté doit être examinée plutôt que remplacée par une catégorie abstraite de travail adapté.

Le dossier devrait ainsi distinguer les exigences de l'ancien emploi, les restrictions durables et les possibilités effectivement compatibles avec la situation. Cette description n'a pas pour objet de contraindre la victime à un parcours professionnel. Elle permet au juge de déterminer si la perte est intégrale ou comment évaluer une perte partielle. Un raisonnement précis réduit le risque de sous-indemniser une capacité fictive ou de surestimer une impossibilité non établie.

La cassation ne fixe pas elle-même un nouveau montant. Elle remet en discussion le poste concerné devant la juridiction de renvoi. Présenter l'arrêt comme une suppression définitive de l'indemnisation serait donc inexact. De même, il ne consacre pas une règle selon laquelle toute personne handicapée conserverait nécessairement une capacité professionnelle ; il impose de regarder cette capacité dans sa situation particulière.

Pour les politiques d'inclusion, l'arrêt souligne la différence entre une offre de reconversion et une obligation de se reconvertir pour préserver ses droits à réparation. L'accompagnement peut élargir les possibilités choisies par la personne. L'évaluation judiciaire du dommage doit, de son côté, rester fondée sur les conséquences de l'accident et les possibilités concrètes, sans faire de l'absence de démarche un reproche automatique.

28 mai — Parents aidants : articuler leurs pertes de revenus avec l'indemnité d'assistance de la victime

Dans l'arrêt du 28 mai 2026, la deuxième chambre civile examine les pertes de revenus et de droits à la retraite de parents ayant réduit leur activité pour assister leur fils lourdement handicapé. Le rejet de leurs demandes est maintenu : les juges avaient constaté que ces pertes étaient susceptibles d'être compensées par la rémunération permise par l'indemnité allouée au fils pour son besoin de tierce personne. La cassation partielle de l'arrêt concerne d'autres calculs, pas cette solution.^[13]

Le principe de réparation intégrale impose d'éviter une double indemnisation d'une même conséquence. Il ne signifie pas que le travail d'aide fourni par la famille serait sans valeur. L'analyse doit rapprocher le besoin d'assistance de la victime, l'indemnité qui le finance et la perte économique invoquée par le proche. Le seul constat d'un lien familial ne suffit pas à répondre à ces questions.

La difficulté est aussi pratique. Une indemnité destinée à financer l'assistance doit pouvoir servir à organiser cette assistance, y compris lorsque la famille l'assure. Le statut de l'intervenant, les périodes aidées et les modalités de paiement demandent une clarification. Sans celle-ci, le ménage peut percevoir une somme importante sans disposer d'un schéma compréhensible pour rémunérer ou remplacer le proche.

L'arrêt n'exige pas, pour retenir le double emploi dans cette affaire, de constater chaque versement effectivement reçu par les parents. Il examine la compensation rendue possible par l'indemnité. Cette solution n'autorise toutefois pas à rejeter indistinctement tous les préjudices d'un aidant. Une conséquence différente, non déjà couverte, demanderait une analyse propre de son existence et de son lien avec le dommage.

Le jugement sur les demandes des parents est distinct des erreurs de capitalisation et de calcul du recours de la caisse qui entraînent la cassation. Dans un dossier comportant plusieurs victimes et plusieurs postes, le dispositif doit donc être lu poste par poste. Dire seulement que l'arrêt est cassé pourrait faire croire que la règle sur l'assistance familiale a été censurée, alors qu'elle est ici confirmée.

La décision invite finalement à préparer une indemnisation utilisable dans la durée. Le choix d'un aidant familial ne doit pas rendre invisible son besoin de revenu ou de remplacement. Mais l'organisation de cette réponse doit éviter que le même temps d'assistance soit financé deux fois sous des demandes différentes. La précision des postes et des périodes est essentielle à cette articulation.

Droits des patients et confidentialité

21 mai — Expertise médicale : un accord donné dans une procédure ne vaut pas autorisation pour toute autre instance

Après un accident de circulation, une victime avait utilisé un rapport médical amiable dans une procédure pénale sur les intérêts civils, puis s'était désistée. Dans une nouvelle instance en référé, elle s'opposait à sa transmission à l'expert judiciaire. Le 21 mai 2026, la deuxième chambre civile casse partiellement l'arrêt qui avait permis à l'assureur de communiquer le rapport à défaut de remise par la victime. L'autorisation antérieure ne suffisait pas à écarter l'opposition exprimée dans cette nouvelle instance.[14]

Le secret médical protège la personne concernée, et pas seulement le médecin détenteur du dossier. La décision rappelle que, hors disposition législative spécifique, une mission d'expertise portant atteinte à ce secret doit être subordonnée à l'autorisation préalable du patient. L'utilité d'un document pour l'expertise ne rend donc pas sa transmission automatiquement licite.

Le raisonnement des juges du fond était fondé sur la cohérence du comportement procédural : la victime aurait déjà accepté l'usage du rapport et ne pourrait changer de position. La cassation montre que cette considération ne remplace pas la vérification de l'autorisation dans l'instance concernée. Un consentement lié à une transmission déterminée ne peut être transformé en abandon général de la confidentialité.

Cette protection n'efface pas les difficultés de preuve. Le juge peut tirer les conséquences d'un refus illégitime ; l'arrêt ne confère pas un pouvoir de bloquer sans effet toute discussion du dommage. Il faut néanmoins distinguer cette appréciation des conséquences du refus et l'ordre de transmettre le document malgré lui. La seconde opération ne devient pas licite par anticipation de la première.

Dans une expertise, la mission devrait donc identifier les pièces nécessaires, leur détenteur et les conditions de leur communication. Une formule autorisant indistinctement toute partie à remettre des éléments médicaux peut créer une difficulté évitable. Un échange préalable sur l'autorisation et sur les documents utiles permettrait d'organiser le contradictoire sans faire circuler des informations étrangères au poste de préjudice discuté.

L'arrêt concerne la communication d'un rapport dans une expertise, non une immunité de toutes les données médicales contre tout usage judiciaire. Pour les patients et les professionnels, son apport est de rappeler la portée déterminée de l'autorisation. La recherche d'une preuve doit être préparée avec cette garantie, plutôt que régularisée après une transmission dont la personne n'avait pas accepté le principe.

21 mai — Saisie dans un laboratoire : le tri des données médicales ne peut être confié librement au commissaire de justice

Un litige entre sociétés avait conduit à une mesure d’instruction dans un laboratoire de biologie médicale, sur le fondement de l’article 145 du code de procédure civile. Le 21 mai 2026, la deuxième chambre civile rappelle que le secret médical n’interdit pas par principe toute recherche de preuve, mais exige nécessité, proportionnalité et garanties adaptées. Elle casse la décision qui avait laissé l’huissier consulter et trier lui-même des fichiers susceptibles de contenir des données médicales nominatives.[15]

La question ne se limite pas au document finalement remis à la société demanderesse. L’accès initial aux fichiers constitue déjà une opération sensible. Exclure les données nominatives à la fin d’une saisie ne répare pas nécessairement leur consultation préalable par une personne qui n’était pas habilitée à les lire. Les garanties doivent donc être prévues dans le déroulement de la mesure, pas seulement dans la liste finale des pièces produites.

La Cour distingue des modalités possibles : intervention du professionnel dépositaire du secret pour accéder aux données et les anonymiser, ou placement conservatoire sous séquestre sans accès de l’huissier au contenu, suivi d’un examen de sa levée. Ces modalités ne sont pas une autorisation générale de tout saisir. La mission doit rester circonscrite et les conditions relatives à l’autorisation du patient doivent être respectées lorsqu’elle porte atteinte au secret.

Un litige commercial ne rend pas les patients parties à la recherche de fraude. Leurs informations peuvent se trouver dans le système sans être nécessaires à la preuve recherchée. Le choix des mots-clés, des périodes, des supports et des personnes chargées du tri devrait donc être justifié par l’objet du litige. Une collecte trop large augmenterait les risques sans améliorer nécessairement la démonstration.

Pour un établissement ou un laboratoire, la préparation devrait identifier les fichiers susceptibles de mêler informations de gestion et données médicales. Cette cartographie aiderait à proposer une modalité de conservation ou d’extraction proportionnée lorsque le juge intervient. Elle ne doit pas servir à soustraire une preuve utile, mais à éviter qu’une opération de constat matériel se transforme en consultation indifférenciée des dossiers de patients.

3 juin — Soins psychiatriques sans consentement : la demande d’un frère ne remplace pas les conditions médicales

Le 3 juin 2026, la première chambre civile rejette le pourvoi dirigé contre le maintien d’une hospitalisation psychiatrique demandée par le frère de la patiente. Un membre de la famille n’a pas à apporter, en plus de cette qualité, une justification particulière de sa capacité à agir dans l’intérêt du malade. L’admission reste décidée par le directeur de l’établissement sur des pièces médicales. Le frère, qui n’était pas partie à l’instance, ne pouvait pas être défendeur à ce pourvoi.[16]

La qualité du demandeur et les conditions de soins sans consentement sont deux contrôles différents. Un conflit familial ne retire pas automatiquement à un frère la possibilité de présenter

la demande prévue par le texte. En revanche, cette possibilité ne lui confère pas un pouvoir d'hospitaliser : la décision suppose que les conditions médicales et procédurales soient réunies.

La distinction est importante pour l'information de la famille. Présenter la demande comme l'acte qui décide à lui seul de l'hospitalisation accroîtrait la confusion et pourrait alimenter un conflit. L'établissement doit expliquer qui demande, qui décide et quels contrôles interviennent. La souffrance ou l'urgence ressentie par un proche ne remplace pas l'évaluation du patient ni les garanties attachées à la privation de liberté.

Le dossier doit préserver la traçabilité de ces opérations. La qualité familiale peut être vérifiée, tandis que les pièces médicales répondent à une autre question. Les documents ne doivent pas être rédigés comme si l'existence d'une relation familiale prouvait l'impossibilité de consentir ou la nécessité des soins. La force de la garantie réside dans la séparation de ces éléments et dans leur contrôle.

La décision ne déclare pas que les conflits entre proches seraient sans importance pour tout le parcours thérapeutique. Ils peuvent affecter les échanges, le retour à domicile ou l'accompagnement. Mais la règle de recevabilité de la demande ne peut être remplacée par une appréciation indéfinie de la qualité affective de la relation. Le commentaire doit rester attaché à cette question juridique précise.

Protection sociale et accès aux droits

13 mai — Indu d'assurance maladie : une déclaration inexacte ne prouve pas à elle seule l'intention frauduleuse

Une caisse avait réclamé des indemnités journalières versées sur la base d'une déclaration de salaire inexacte. Le 13 mai 2026, la deuxième chambre civile casse la décision qui avait écarté la prescription de deux ans pour cette seule raison. Pour l'application de la version de l'article L. 332-1 en cause, la fausse déclaration suppose une inexactitude ou une omission délibérée destinée à obtenir la prestation. La Cour ne conclut pas que l'assuré était définitivement exempt de fraude ; elle exige une recherche omise.[17]

Trois questions doivent être traitées séparément : la prestation était-elle due, quelles sommes peuvent être reprises, et quelle règle de prescription s'applique ? Un montant calculé à partir d'un salaire erroné peut être indu sans que l'exception de fraude soit démontrée. La distinction n'autorise pas à conserver toute somme versée par erreur ; elle oblige l'organisme à justifier les conséquences juridiques qu'il tire des faits.

Le caractère intentionnel ne peut être déduit uniquement du résultat du calcul. Une déclaration peut comporter une erreur de saisie, une mauvaise compréhension ou une information transmise par un tiers. À l'inverse, l'intervention d'un tiers ne suffit pas à exclure une intention de l'assuré. L'examen doit porter sur ce qu'il savait, ce qu'il a déclaré et le but de l'inexactitude, au regard des éléments disponibles.

La notification de l'indu devrait rendre ces distinctions compréhensibles. Elle peut identifier les périodes, les données utilisées et les motifs de reprise, puis expliquer pourquoi une exception à la prescription est invoquée. Une formule générale qualifiant toute discordance de fausse déclaration compliquerait la contestation et pourrait conduire à une reprise plus large que celle permise par les faits établis.

Pour l'assuré, les pièces utiles ne sont donc pas seulement les relevés de versement. Les déclarations, les échanges de correction et les informations reçues lors de la demande permettent de reconstituer la situation. La cassation avec renvoi laisse au juge le soin d'apprécier ces éléments ; elle ne fixe pas d'avance le montant définitivement exigible.

La portée pratique est une exigence de qualification, bénéfique à la justesse du recouvrement comme à la lutte contre les fraudes. Distinguer l'erreur et la démarche volontaire ne diminue pas le contrôle. Cela permet de donner à chaque situation les conséquences qui lui correspondent, sans étendre automatiquement une exception de prescription à tout dossier comportant une donnée inexacte.

4 juin — Contestation d'un redressement : la présence des travailleurs n'est plus automatiquement obligatoire

Le 4 juin 2026, la deuxième chambre civile modifie sa jurisprudence sur la mise en cause des travailleurs dans un litige de redressement de cotisations. L'affaire concernait des sommes versées à des sportifs pour promouvoir des équipements. Lorsque le juge examine le redressement sans être saisi d'un conflit d'affiliation, il n'est plus tenu d'appeler les travailleurs et les autres organismes à l'instance. Le recours de la société est rejeté.[18]

La qualification d'une relation de travail peut servir à apprécier les cotisations sans que le juge statue sur les droits d'affiliation du travailleur. Cette distinction d'objet explique le revirement. Une solution qui imposait la présence de toutes les personnes concernées pouvait alourdir un contentieux opposant d'abord le cotisant et l'organisme de recouvrement, alors que la décision ne tranchait pas leur affiliation.

La faculté de les appeler demeure, et le juge peut ordonner une mesure d'instruction. La simplification procédurale ne dispense donc pas d'établir les faits. Un contrat, une facture ou une désignation de prestation peut être insuffisant pour comprendre les conditions réelles de l'activité. Les éléments utiles doivent être réunis même lorsque leurs auteurs ne sont pas obligatoirement parties au procès.

Pour une association ou un établissement, le premier travail consiste à identifier les chefs du redressement et les relations effectivement discutées. Un litige peut comporter plusieurs catégories d'intervenants et plusieurs raisons de réintégration. L'absence d'obligation de mise en cause ne transforme pas ces situations en une masse indistincte, ni ne démontre automatiquement que les cotisations réclamées sont dues.

Il faut également éviter une généralisation aux conflits d'affiliation. Si l'objet de la procédure porte directement sur le régime auquel une personne doit appartenir, la portée de cet arrêt ne

permet pas de l'écarter simplement de l'instance. Le même fait peut soulever des questions différentes selon la décision contestée et les demandes soumises au juge.

Le revirement réduit ainsi une formalité automatique dans un contentieux déterminé. Son intérêt tient à un traitement plus adapté de la contestation du redressement, avec maintien des possibilités d'instruction. Les cotisants gagnent à recentrer leur argumentation sur la procédure, les faits et l'assiette des cotisations, plutôt qu'à considérer l'absence d'un travailleur comme une cause nécessaire de remise en cause du contrôle.

25 juin — Frais professionnels : conserver les justificatifs ne suffit pas si leur production au contrôle est omise

Le 25 juin 2026, la deuxième chambre civile rejette le pourvoi d'une société qui produisait devant le juge de nouvelles pièces pour justifier des déductions de frais professionnels. Ces pièces devaient être communiquées lors des opérations de contrôle ou de la phase contradictoire. L'arrêt ne prohibe pas toute preuve nouvelle dans tout contentieux social ; il vise les justificatifs nécessaires à la vérification des conditions de ces déductions, restés non communiqués au stade requis.[19]

La conservation des documents et leur transmission répondent donc à deux obligations pratiques différentes. Une entreprise peut disposer d'archives tout en n'ayant pas donné au contrôleur les éléments permettant de vérifier une déduction. La phase contradictoire sert précisément à expliquer les déclarations et à discuter les observations avant la décision de recouvrement.

Le dossier de frais doit permettre de relier une somme, un salarié, une période et une situation professionnelle. Un ensemble de reçus sans explication peut être difficile à utiliser, tandis qu'un tableau sans pièce justificative ne démontre pas nécessairement la dépense. La préparation d'un contrôle devrait rapprocher ces éléments et conserver la trace de ceux effectivement transmis.

Une réponse tardive comporte ainsi un risque qui ne se réduit pas à un retard administratif. La juridiction contrôle la décision litigieuse, mais ne constitue pas un second guichet destiné à recommencer librement la justification que le cotisant devait fournir auparavant. L'arrêt oblige à traiter les demandes de pièces pendant le contrôle comme une étape du droit de se défendre, et non comme une formalité dont le procès permettrait toujours de réparer l'omission.

La portée reste toutefois liée aux pièces que la société devait communiquer. On ne doit pas en tirer une interdiction générale de contester les faits ou l'application de la loi devant le juge. Pour déterminer si une pièce est dans la situation visée, il faut rapprocher sa nature, son rôle dans la justification et les échanges intervenus durant le contrôle.

Pour les gestionnaires, une organisation simple serait de suivre les demandes, les réponses et leurs pièces jointes dans un dossier accessible aux personnes chargées de la contestation. La preuve de transmission peut être aussi importante que la pièce elle-même. Cette préparation permettrait de débattre du fond d'un redressement sans découvrir au procès que les justificatifs décisifs ont été produits trop tard.

25 juin — Faute inexcusable : prouver l'exposition au risque chez l'employeur poursuivi devient décisif

Le 25 juin 2026, la deuxième chambre civile opère un revirement sur la charge de la preuve dans une action en reconnaissance de faute inexcusable. La victime ou ses ayants droit doivent établir l'exposition au risque de la maladie chez l'employeur poursuivi. La prise en charge par la caisse au titre d'une maladie professionnelle ne crée pas, dans cette relation, une présomption d'exposition chez cet employeur. Les recours sont rejetés dans l'affaire, les preuves produites ayant été jugées insuffisantes.[20]

La décision sépare trois relations : celle de l'assuré avec la caisse, celle de l'employeur avec la caisse, et celle de la victime avec l'employeur. Une décision favorable dans la première ne prouve pas tous les éléments nécessaires dans la troisième. La reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie et l'indemnisation complémentaire pour faute inexcusable ne sont donc pas une seule opération.

En présence de plusieurs employeurs successifs, la reconstitution de l'exposition devient particulièrement importante. Le dossier devrait rapprocher les tâches, les périodes, les produits utilisés et les conditions de travail. Des attestations générales sur un établissement ne décrivent pas nécessairement l'exposition de la personne pendant son emploi. Le besoin de précision augmente lorsque les événements sont anciens et les archives dispersées.

La preuve de l'exposition ne remplace pas celle de la faute inexcusable. Il reste à examiner la conscience du danger que l'employeur avait ou aurait dû avoir et les mesures prises pour protéger le salarié. Le revirement ne rend pas indispensable que la faute soit la cause unique ou déterminante de la maladie : la décision rappelle qu'elle peut être une cause nécessaire parmi d'autres.

Le dossier doit donc éviter deux raccourcis opposés. La prise en charge par la caisse ne suffit pas à condamner un employeur précis ; l'existence d'expositions chez d'autres ne suffit pas à exclure sa responsabilité. Chacun des éléments doit être rapporté à la période de travail et au danger en cause. Une chronologie documentée permet de les examiner sans confondre origine générale de la maladie et responsabilité de l'entreprise poursuivie.

L'arrêt renforce ainsi l'importance des informations conservées sur les risques professionnels. Pour les victimes, il appelle une préparation probatoire ciblée ; pour les employeurs, il rend d'autant plus utile la traçabilité des activités et des mesures de prévention. Il n'altère pas les droits accordés par la caisse dans la relation d'assurance, mais modifie la manière d'établir une responsabilité complémentaire distincte.

11 juin — Maladie hors tableau : le non-renvoi d'une QPC laisse subsister la contestation du taux d'incapacité

Une salariée avait déclaré un syndrome anxio-dépressif que la caisse refusait de prendre en charge au titre des maladies professionnelles. Le 11 juin 2026, la deuxième chambre civile décide de ne pas transmettre ses questions prioritaires de constitutionnalité (QPC). Le litige concernait une maladie hors tableau et un taux d'incapacité inférieur au seuil permettant la saisine du comité régional. Il s'agit d'une décision de filtrage de la Cour de cassation, pas d'une déclaration de conformité prononcée par le Conseil constitutionnel.[21]

Les maladies inscrites dans un tableau et celles qui n'y figurent pas suivent des voies différentes de reconnaissance. Pour les secondes, la loi applicable pose des conditions spécifiques liées notamment au lien avec le travail et à la gravité de l'incapacité. La décision examine le caractère sérieux des griefs d'égalité et de recours ; elle ne constate pas que la pathologie particulière serait sans rapport avec l'activité professionnelle.

La Cour relève qu'un refus fondé sur le taux d'incapacité peut être contesté devant la commission médicale de recours amiable puis la juridiction compétente. Celle-ci peut recourir à une expertise ou une consultation. Le non-renvoi de la QPC ne supprime donc pas cette discussion médicale et juridique. Il faut distinguer la contestation de la règle générale et celle du taux retenu dans le dossier individuel.

Pour l'assuré, cette distinction modifie la préparation du recours. Un désaccord avec le dispositif ne remplace pas les éléments permettant d'examiner l'incapacité évaluée. Les documents doivent expliquer les conséquences de l'affection sur la situation de la personne et permettre de discuter l'appréciation qui fonde le refus. L'arrêt ne garantit pas l'issue du recours ; il identifie une voie qui demeure ouverte.

La politique de reconnaissance des maladies professionnelles reste également un objet de débat. Le fait qu'un grief constitutionnel ne soit pas transmis ne démontre pas que le dispositif répond à tous les besoins de prévention ou de réparation. Une réforme éventuelle devrait discuter ses critères, son financement et ses effets ; elle ne peut être présentée comme une conséquence déjà décidée dans cette affaire.

Il faut ainsi distinguer absence de transmission, solution constitutionnelle définitive et appréciation du cas médical. La décision règle le premier point. Pour la personne concernée, l'accès aux droits dépend encore de l'utilisation des recours pertinents et de l'instruction des éléments individuels, avec une information qui rende compréhensible la raison précise du refus.

Action sociale et lutte contre l'exclusion

31 juillet — Hébergement d'urgence : documenter la situation actuelle pour établir la nécessité d'une mesure immédiate

Une famille contestait une orientation vers les Pays-de-la-Loire et demandait un hébergement en Île-de-France, en invoquant le suivi d'un nourrisson, la scolarisation et les projets d'études des enfants. Le 31 juillet 2026, le juge des référés du Conseil d'État rejette son appel faute d'éléments nouveaux remettant en cause l'appréciation de l'urgence. Les requérants n'avaient notamment pas précisé leur lieu d'hébergement actuel. L'ordonnance ne nie pas le droit légal à l'hébergement des personnes en détresse.[22]

Le référé-liberté exige de montrer pourquoi une mesure doit intervenir dans les quarante-huit heures. Des attaches dans un territoire peuvent être importantes sans suffire, telles qu'elles sont documentées, à remplir cette condition. L'examen porte sur la situation concrète, les diligences de l'administration, les moyens dont elle dispose, l'âge, la santé et la composition familiale.

Une demande devrait donc permettre de comprendre où la famille vit au moment où le juge statue, quelle solution lui est proposée et quel danger ou quelle rupture résulterait de cette solution. Reprendre des pièces anciennes sans expliquer l'évolution de la situation peut laisser le point décisif indéterminé. La présence d'un suivi médical doit être reliée à des contraintes identifiables, plutôt qu'énoncée comme un motif abstrait de maintien dans une région.

La décision ne valide pas pour autant toutes les orientations géographiques. Le rejet est fondé sur l'urgence dans cette affaire et le juge n'a pas à examiner les autres conditions. Une famille confrontée à une proposition réellement incompatible avec un besoin de soins peut présenter une situation différente. Ni un droit inconditionnel à choisir toute région, ni une liberté générale de déplacer les ménages ne découle de cette ordonnance.

Pour les services, la préparation d'une orientation devrait rapprocher hébergement, soins, scolarité et possibilités de transport. Une place disponible peut répondre au besoin de mise à l'abri tout en créant une difficulté de parcours qui demande une solution complémentaire. L'accompagnement personnalisé a donc un objet distinct de la seule attribution d'un lieu où dormir.

Le contentieux rappelle finalement l'importance d'un dossier actualisé, sans réduire l'action sociale au seuil du référé. L'absence d'injonction immédiate n'épuise pas le travail d'accompagnement. La continuité de l'hébergement, la compréhension de l'orientation et le traitement des contraintes particulières restent les éléments permettant d'apprécier la qualité de la réponse après la décision judiciaire.

Protection de l'enfance et aide sociale à l'enfance

30 juin — Aide sociale à l'enfance : compter les jeunes, les mesures et les parcours sans les confondre

Le dossier de la DREES publié le 30 juin 2026 distingue, pour fin 2024, 392 600 enfants et jeunes de moins de 21 ans bénéficiant d'au moins une mesure d'aide sociale à l'enfance (ASE) et 405 500 mesures en cours. Certains bénéficiaires cumulent accueil et action éducative. Les dépenses départementales atteignent 11,7 milliards d'euros selon le champ retenu, qui inclut la rémunération des assistants familiaux mais exclut les autres dépenses de personnel départemental.[23]

Cette distinction entre personnes et mesures change la lecture d'un bilan. Une augmentation du nombre de décisions ne correspond pas nécessairement à autant de nouveaux enfants accompagnés. Elle peut traduire un cumul d'interventions. Pour connaître les besoins, il faudrait suivre les personnes distinctes, les formes d'aide et leurs articulations, plutôt que additionner les mesures comme si chacune ouvrait un parcours nouveau.

Le dossier indique également une baisse de la part des enfants confiés accueillis en famille d'accueil et une place importante des établissements. Cette évolution ne permet pas, à elle seule, d'affirmer que chaque changement de mode d'accueil est inadapté. Elle invite à examiner les besoins des enfants, les capacités disponibles et les raisons des orientations. Une réorganisation guidée uniquement par le nombre de places risquerait de perdre ces éléments.

La dépense par bénéficiaire exige la même prudence. Elle dépend du mode d'accueil, de la durée et des besoins d'accompagnement. Un département recourant davantage à des établissements ne peut être comparé mécaniquement à un autre dont l'offre est principalement familiale. Les différences de coût doivent être rapprochées des situations prises en charge et des résultats suivis : continuité scolaire, accès aux soins et stabilité des lieux de vie.

La préparation de la majorité est une autre étape à observer. Les données sur les jeunes majeurs décrivent des accompagnements maintenus, mais ne disent pas que toutes les sorties de prise en charge sont préparées. Le suivi local pourrait identifier les transitions vers le logement, les études, l'emploi et la couverture sociale, ainsi que les interruptions qui surviennent. Une sortie administrative et une autonomie réellement acquise ne sont pas des événements équivalents.

Le dossier fournit ainsi des unités de mesure plus précises pour piloter la protection de l'enfance. Elles gagneraient à être utilisées dans les conventions et bilans des opérateurs, avec une traçabilité des changements de parcours. Le progrès recherché est une réponse adaptée pour chaque jeune ; la multiplication des mesures ou la hausse de la dépense ne peut en tenir lieu sans examen de ce qui se passe entre deux décisions.

Accueil du jeune enfant — complément

27 mai — Micro-crèches : la qualité de l'encadrement exige aussi une transition réalisable

Le 27 mai 2026, le Conseil d'État annule le décret du 1er avril 2025 uniquement en tant qu'il supprimait, dès le 1er septembre 2026, une dérogation permettant à certaines personnes qualifiées et expérimentées d'encadrer les enfants en micro-crèche. La pénurie de professionnels diplômés et les délais de formation rendaient cette disparition insuffisamment progressive. Les nouvelles règles de direction et l'ensemble de la réforme ne sont pas annulés.[24]

La décision ne remet pas en cause l'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accueil. Elle examine le rapport entre cet objectif et la manière d'introduire les exigences. Un délai affiché peut paraître long tout en étant insuffisant si les formations nécessaires durent davantage ou si les places de formation ne permettent pas de recruter à temps.

La dérogation en cause n'autorisait pas à employer n'importe quelle personne sans compétence. Elle reposait sur une certification et une expérience professionnelles. Sa suppression imposait donc de mesurer le remplacement de salariés déjà admis à intervenir par des professionnels titulaires des diplômes requis. Le débat ne peut être présenté comme une simple opposition entre personnels compétents et absence de qualification.

Pour les gestionnaires, la portée limitée de l'annulation est essentielle. Elle ne dispense pas de respecter les autres exigences d'encadrement ni les règles de direction maintenues. Il faut identifier la disposition réellement censurée, les personnes susceptibles de relever de la dérogation et les obligations qui restent applicables. Une présentation annonçant la disparition de la réforme créerait une incertitude dommageable pour les équipes et les familles.

Pour les autorités organisatrices et de contrôle, cette affaire invite à rapprocher les normes de la capacité de recrutement. Le développement d'une offre d'accueil demande des professionnels disponibles, une direction organisée et des locaux autorisés. L'ouverture de places sans vérification de ces conditions peut produire une capacité seulement théorique. À l'inverse, la préparation d'une transition ne doit pas devenir un report indéfini de la qualité recherchée.

L'affaire concerne l'accueil du jeune enfant, domaine complémentaire à l'ASE, et non une mesure de placement ou de protection judiciaire. Son intérêt pour les solidarités territoriales tient aux conditions d'un accueil sûr et continu. La décision fournit un exemple précis de contrôle de la transition réglementaire : conserver l'objectif, mais mettre en rapport son calendrier avec les moyens humains nécessaires pour le réaliser.

Notes et références

- [1] Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Synthèse du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2027. Septembre 2026 ; rapport adopté le 9 juillet 2026. PDF : p. 4-7, hypothèses de dépenses et proposition nutritionnelle ; p. 10-11, expérience des patients.
- [2] Conseil d'État. Plafonnement des dépenses d'intérim sanitaire et médico-social — n° 509381 et affaires jointes. 15 juillet 2026. Points 14-30 ; dispositif articles 1-4 : calculs, IBO, contrats et dates exactes ; injonction de modification dans les six mois.
- [3] Conseil d'État. Agrément et extension de l'accord Ségur du secteur non lucratif — n° 501215 et affaires jointes. 24 juillet 2026. Points 1-21 sur l'agrément ; points 22 et suivants sur l'extension et dispositif de rejet.
- [4] Conseil d'État, 4e-1re chambres réunies. Refus de soins d'une bénéficiaire de l'AME — n° 501961. 27 février 2026. Points 1-11 et articles 1-5 ; annulation et blâme prononcé après règlement au fond.
- [5] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport annuel 2025. 30 juin 2026. Pagination imprimée : p. 20 et 24, SPDA et coordination ; p. 34, accompagnement et répit des aidants.
- [6] Ministères chargés des Solidarités et de la Santé. Services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. 21 septembre 2026. Rubriques services autonomie à domicile et modalités « aide » / « aide et soins ». Présentation explicative, pas nouveau texte réglementaire.
- [7] Émilie Le Caignec (dir.), DREES. L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées — Perte d'autonomie et handicap, édition 2026. 25 juin 2026 ; données 2024. Présentation, champ, avertissement sur la mise à jour et rubriques prestations et dépenses brutes/nettes.
- [8] Cour de cassation, première chambre civile. Mandataire et changement de département du majeur protégé — avis n° 26-70.003. 13 mai 2026. Avis : points 3-10 ; réponse à la demande, sans dessaisissement automatique.
- [9] Premier ministre. Décret n° 2026-547 relatif au calcul de l'allocation aux adultes handicapés. 25 juin 2026 ; JORF du 27 juin 2026. Version initiale : notice et articles 1-5 ; trimestrialisation et calendrier des allocations dues d'octobre à décembre 2026.
- [10] Premier ministre. Décret n° 2026-548 relatif à l'allocation aux adultes handicapés. 25 juin 2026 ; JORF du 27 juin 2026. Version initiale : notice et articles 1-3 ; indemnités des élus locaux, suppression de l'évaluation forfaitaire Esat et calendrier.
- [11] Conseil d'État, juge des référés. Orientation ULIS sans place et mesures alternatives — n° 518688. 28 août 2026. Points 3-6, engagements après audience et article 1 ; mesures ne répondant pas pleinement aux besoins reconnus.
- [12] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Pertes de gains professionnels futurs et capacité concrète de travail — pourvoi n° 24-19.134. 3 juin 2026. Faits 1-2 ; motifs 4-8 ; cassation partielle avec renvoi à Metz.
- [13] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Parents aidants et indemnité de tierce personne — pourvoi n° 24-20.486. 28 mai 2026. Motifs 10-15 sur les parents ; motifs 17-28 sur les autres calculs ; dispositif distinguant rejet et cassation partielle.
- [14] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Expertise et secret médical — pourvoi n° 23-12.287. 21 mai 2026. Faits 1-3 ; motifs 5-11 ; cassation partielle avec renvoi à Lyon.
- [15] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Mesure d'instruction dans un laboratoire et données médicales — pourvoi n° 22-19.299. 21 mai 2026. Faits 1-2 ; motifs 5-15 et 20-28 ; cassation avec renvoi.
- [16] Cour de cassation, première chambre civile. Soins psychiatriques à la demande d'un membre de la famille — pourvoi n° 25-11.014. 3 juin 2026. Faits 1-3 ; motifs 6-9 ; irrecevabilité partielle et rejet.

[17] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Indu d'assurance maladie et caractère intentionnel de la fausse déclaration — pourvoi n° 23-21.052. 13 mai 2026. Faits 1-3 ; motifs 9-12 ; version historique de L. 332-1 et cassation partielle avec renvoi.

[18] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Redressement de cotisations et mise en cause des travailleurs — pourvoi n° 23-18.882. 4 juin 2026. Faits 1-2 ; motifs 5-14 ; revirement explicite et rejet.

[19] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Production des justificatifs de frais professionnels — pourvoi n° 24-10.653. 25 juin 2026. Faits 1-2 ; motifs 5-11 ; rejet.

[20] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Faute inexcusable et preuve de l'exposition au risque — pourvoi n° 23-22.278. 25 juin 2026. Faits 1-3 ; motifs 5-17 ; revirement de preuve et rejet.

[21] Cour de cassation, deuxième chambre civile. Maladie hors tableau et non-renvoi de questions prioritaires de constitutionnalité — pourvoi n° 25-21.103. 11 juin 2026. Faits 1-2 ; points 4-15 ; non-renvoi, distinct d'une décision du Conseil constitutionnel.

[22] Conseil d'État, juge des référés. Hébergement d'urgence et demande de maintien en Île-de-France — n° 518304. 31 juillet 2026. Points 1-9 ; rejet en appel fondé sur l'urgence, autres conditions non tranchées.

[23] Tedjani Tarayoun, avec Élisabeth Abassi, Moussa Keita et Klara Vinceneux ; DREES. L'aide sociale à l'enfance — Bénéficiaires, mesures et dépenses départementales associées, édition 2026. 30 juin 2026 ; Les Dossiers de la DREES, n° 138. Présentation : bénéficiaires distincts et mesures fin 2024, accueils, modalités et champ des dépenses.

[24] Conseil d'État. Encadrement des micro-crèches et transition réglementaire — n° 504769 et affaire jointe. 27 mai 2026. Points 12-20 et article 1 ; annulation limitée à l'abrogation du III de R. 2324-46-5 dès le 1er septembre 2026.