

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et de l'accès aux soins

Ministère auprès du Premier ministre,
chargé du budget et des comptes publics

**TEXTE SOUMIS A LA DELIBERATION
DU CONSEIL DES MINISTRES**

**Projet de loi
de financement de la sécurité sociale pour 2025**

NOR : BCPX2421198L/Bleue-1

Article liminaire

Les prévisions de dépenses, recettes et solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2024 et 2025 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

<i>(En points de produit intérieur brut)</i>	2024	2025
Recettes	26,6	26,7
Dépenses	26,6	26,4
Solde	0,0	+ 0,2

Exposé des motifs

Cet article présente, conformément à l'article 1^{er} de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale (ASSO) pour l'exercice en cours et pour l'année à venir. Les ASSO regroupent l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les régimes de retraite complémentaire, ainsi que l'assurance chômage et les hôpitaux. Elles comprennent également la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et le Fonds de réserve pour les retraites.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoit que le solde de l'ensemble des ASSO, soit un périmètre plus large que celui des régimes obligatoires de base de sécurité sociale serait quasiment à l'équilibre en 2024, en raison de recettes et de dépenses qui s'élèveraient à 776 Md€. Cette dégradation par rapport au solde prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, qui prévoyait un excédent de 0,6 point de PIB, s'explique principalement par le changement de méthodologie lié au passage des comptes nationaux en base 2020 opéré par l'INSEE, par une moindre progression des recettes par rapport à la prévision initiale –dont témoigne ici leur niveau en point de PIB alors que ce dernier a été révisé à la baisse – et par des dépenses en hausse, à la fois dans le champ maladie et dans celui d'autres administrations de sécurité sociale (Unédic et ODAC), par rapport à ce que prévoyait la LFSS pour 2024.

Ce solde serait excédentaire en 2025 pour 0,2 point de PIB soit environ 5 Md€.

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE LA
SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

Article 1^{er}
[Rectification des tableaux d'équilibre]

I.- Au titre de l'année 2024, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	239,0	253,6	-14,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,7	16,0	0,7
Vieillesse	287,4	293,7	-6,3
Famille	58,3	57,9	0,4
Autonomie	40,9	40,0	0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	624,2	643,0	-18,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	625,3	643,4	-18,0

2° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	21,4	20,6	0,8

3° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles demeurent nulles.

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 15,99 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La prévision de solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'élève à -18,0 milliards d'euros en 2024. Cette révision par rapport à la prévision initiale de -10,5 milliards d'euros retenue en loi de financement initiale pour 2024 est principalement liée à de moindres recettes, en lien avec la dégradation des perspectives macroéconomiques. Ainsi, un écart à la prévision avait déjà été enregistré s'agissant de l'année 2023 (-10,8 milliards d'euros lors du constat à la clôture, contre -8,7 milliards d'euros prévu en partie rectificative de la loi de financement pour 2024), qui se retrouve dans les perspectives actualisées pour 2024. Par ailleurs, les perspectives macroéconomiques en 2024 sont moins favorables que prévu, conduisant à une perspective de croissance de la masse salariale du secteur privé de 3,2 % au lieu de 3,9 % en loi de financement initiale pour 2024, entraînant une nouvelle révision à la baisse des recettes de cotisations et de contribution sociale généralisée (CSG). Tel est également le cas des autres recettes, notamment de taxe sur la valeur ajoutée (TVA). Dans une moindre mesure, le rehaussement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) attendu désormais pour 2024 dégrade également les perspectives de solde pour 2024. Enfin, une part importante de la révision avait été rendue publique à l'occasion de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2024, qui avait actualisé la prévision de solde 2024 à -16,6 milliards d'euros.

Article 2
[Rectification de l'ONDAM et des sous-objectifs ONDAM]

Au titre de l'année 2024, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	109,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,7
Autres prises en charge	3,2
Total	256,1

Exposé des motifs

Cet article rectifie le montant de l'ONDAM pour l'année 2024 et le fixe à 256,1 milliards d'euros, contre 254,9 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, soit une hausse de 1,2 milliards d'euros. Cet écart s'explique principalement par la prise en compte d'une dynamique particulièrement importante sur les dépenses de soins de ville, notamment sur les indemnités journalières et les honoraires de médecins spécialistes. En outre, le montant de l'ONDAM rectifié intègre une prévision de dépenses au titre de la Covid à hauteur de 0,5 milliard d'euros (en dépassement de 0,3 milliard d'euros par rapport à la loi de financement initiale pour 2024).

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET A LA TRÉSORERIE

Article 3

[Alignement de l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des travailleurs indépendants dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base]

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Les deux dernières phrases de l'article L. 731-10 sont supprimées ;

2° A l'article L. 731-11, après le mot : « familiales », la virgule est remplacée par le mot : « et » et les mots : « et à l'assurance vieillesse » ainsi que : « mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 » sont supprimés ;

3° A l'article L. 731-25, les mots : « fixé par décret » sont remplacés par les mots : « identique à celui de la cotisation mentionnée au 2° de l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale » et après les mots : « L. 731-22 » sont insérés les mots : « du présent code » ;

4° L'article L. 731-37 est complété par les mots : « Leur taux est fixé par décret. » ;

5° A l'article L. 731-42, les deuxième à sixième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 1° Pour chaque chef d'exploitation ou d'entreprise, une cotisation calculée pour partie sur l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22 retenue dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale et pour partie sur la totalité de cette assiette. Cette cotisation ne peut être inférieure à un montant fixé par décret.

« Les taux applicables à chacune de ces deux parts sont identiques à ceux déterminés en application de l'article L. 633-1 du même code ;

« 2° Pour chaque personne mentionnée au 2° de l'article L. 722-10 du présent code à partir de l'âge de seize ans et pour chaque collaborateur d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5, une cotisation calculée sur une assiette forfaitaire fixée par décret.

« Le taux de cette cotisation est égal à la somme des taux de la cotisation mentionnée au 1°. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 781-29, les mots : « des articles L. 722-16, L. 722-17, » sont remplacés par les mots : « de l'article », les mots : « relatives à l'assurance vieillesse » sont supprimés et après les mots : « Saint-Martin » sont insérés les mots : « dans leurs rédactions antérieures à celles issues de la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025, » ;

7° A l'article L. 781-30, les mots : « ni l'article L. 731-42 en tant qu'il fixe les modalités de calcul des cotisations mentionnées audit article » sont supprimés ;

8° A l'article L. 781-36, après chacune des occurrences de la référence : « L. 731-42 » sont insérés les mots : « dans sa rédaction antérieure à celle issue de la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 ».

II. – Le 1° du I de l'article 26 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est complété par les mots : « et de l'article ... de la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 ».

III. – Les 2° et 5° à 8° du I s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026.

Par dérogation aux troisième et cinquième alinéas de l'article L. 731-42 du code rural et de la pêche maritime, pour les périodes courant du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2028, un décret fixe les taux des cotisations, mentionnées aux 1° du même article, dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole exerçant à titre secondaire et des cotisations mentionnées au 2° du même article de manière à résorber progressivement, chaque année, les écarts entre, d'une part, la somme des taux des cotisations d'assurance vieillesse de base applicables aux personnes concernées au 31 décembre 2025 et, d'autre part, les taux mentionnés à ces troisième et cinquième alinéas.

Exposé des motifs

L'article 22 modifie les modalités de calcul des retraites agricoles, afin que celles-ci soient calculées à terme sur la base des 25 meilleures années de revenus, dans un objectif d'amélioration des droits à pension des exploitants agricoles et de convergence avec les régimes alignés.

Le financement de cet alignement des règles de calcul des retraites agricoles sur celles, plus favorables, des régimes alignés et l'amélioration des droits à prestations qui en résultera nécessitent un alignement de l'effort contributif des non-salariés agricoles sur celui des autres travailleurs indépendants.

Le présent article procède ainsi à la fusion des cotisations d'assurance vieillesse agricole et d'assurance vieillesse individuelle dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole en une cotisation unique d'assurance vieillesse de base. Cette nouvelle cotisation sera soumise, pour les chefs d'exploitation, à une assiette minimale et, pour les autres non-salariés, à une assiette forfaitaire, dont le montant sera identique (600 SMIC horaires), offrant ainsi une meilleure lisibilité et une harmonisation des droits minimaux acquis par ces assurés.

Cette réforme globale des retraites agricoles permettra d'écarter les moins bonnes années d'une carrière complète.

Article 4

[Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations sociales pour les travailleurs saisonniers agricoles]

I. – Au cinquième alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, la date : « 1^{er} janvier 2019 » est remplacée par la date : « 1^{er} mai 2024 », et le taux : « 20 % » est remplacé par le taux : « 25 % ».

II. – Le 4^o du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est supprimé.

Exposé des motifs

Conformément aux 70 engagements pris par le Gouvernement dans le contexte de la mobilisation des agriculteurs du début de l'année 2024, la présente mesure vise à pérenniser le dispositif d'exonération de cotisations patronales applicable pour l'emploi de travailleurs occasionnels - demandeurs d'emploi (TO-DE) qui devait initialement prendre fin au 31 décembre 2025 et relever de 1,20 SMIC à 1,25 SMIC le plafond de la rémunération donnant lieu à exonération totale à compter du 1^{er} mai 2024.

En abaissant le coût du travail, ce dispositif permet de soutenir la compétitivité des filières agricoles fortement utilisatrices de main-d'œuvre saisonnière face aux différentes crises, d'accompagner les employeurs agricoles face à des tensions de recrutement et d'attractivité des métiers agricoles et de lutter contre le travail dissimulé.

L'impact des multiples crises climatiques récentes (intempéries, inondations, sécheresses, gels) et les conséquences économiques de la guerre en Ukraine rendent indispensables la pérennisation et le renforcement de ce dispositif pour garantir notre souveraineté agricole et alimentaire.

Article 5
[Cumul de l'exonération applicable aux jeunes
agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille]

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

1° A l'article L. 613-1, après la référence : « L. 621-3 », sont ajoutés les mots : « du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime » ;

2° Au II de l'article L. 621-3, après la référence : « L. 613-1 », sont ajoutés les mots : « du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime ».

II – L'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « des exonérations, » sont remplacés par les mots : « des exonérations et » et les mots : « et les modalités d'exercice de l'option prévue au troisième alinéa du présent article » sont supprimés.

Exposé des motifs

Conformément aux 70 engagements pris par le Gouvernement dans le contexte de la mobilisation des agriculteurs du début de l'année 2024, la mesure vise à permettre aux jeunes agriculteurs de cumuler l'exonération partielle dégressive dont ils bénéficient actuellement avec les mécanismes de réduction des taux de la cotisation d'allocations familiales et de la cotisation d'assurance maladie, invalidité et maternité. En organisant une réduction des cotisations dues par les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, cette mesure renforce l'accompagnement dont ils bénéficient.

Elle permettra de mettre fin aux situations dans lesquelles les jeunes agriculteurs bénéficiaires de l'exonération étaient amenés à acquitter un montant de cotisations sociales supérieur à celui dont ils auraient été redevables en application des dispositifs de réduction de taux de droit commun.

Elle constitue à la fois une mesure de trésorerie permettant de renforcer la compétitivité des nouveaux installés et de simplification du calcul de leurs cotisations sociales.

Article 6
[Réforme des allègements généraux de cotisations patronales]

I. – L'article L 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – Font l'objet d'une réduction dégressive les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, les contributions mentionnées à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code ou créés par la loi, la contribution prévue à l'article L. 137-40 du même code, et les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1^{er} de l'article L. 5422-9 du code du travail à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 5422-12 du même code.

« Cette réduction s'applique aux rémunérations ou gains qui, après prise en compte du montant de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, sont inférieurs à un montant fixé par décret. Ce montant est compris entre le salaire minimum de croissance applicable au 1^{er} janvier 2024 majoré de 60 % et le salaire minimum de croissance en vigueur majoré de 60 %. »

2° Au III :

a) Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa, après les mots : « du présent III », sont ajoutés les mots : «, majorés le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionné au I » ;

b) A la seconde phrase du troisième alinéa, les mots : « ce rapport est égal à 1,6 » sont remplacés par les mots : «la rémunération mentionnée au quatrième alinéa du III atteint le montant fixé par le décret prévu au I » ;

c) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1, majorée le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionnée au I » ;

3° Au premier alinéa du VI, les mots : « à l'article L. 241-18 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 241-18 et L. 241-18-1 ».

II. - Les dispositions du I sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2024 à l'exception du 2° qui s'applique aux primes de partage de valeur versées à compter du 10 octobre 2024.

III. – Le chapitre 1^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À compter du 1^{er} janvier 2025 :

a) Au premier alinéa de l'article L. 241-2-1, les deux occurrences du nombre : « 2,5 » sont remplacées par le nombre : « 2,2 » ;

b) Au premier alinéa de l'article L. 241-6-1, les deux occurrences du nombre : « 3,5 » sont remplacées par le nombre : « 3,2 » ;

c) Au I de l'article L. 241-13, les mots : « assurances sociales » sont remplacés par les mots : « assurances vieillesse et veuvage dans la limite du taux mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 241-3 diminué de deux points, de l'assurance maladie » ;

2° À compter du 1^{er} janvier 2026 :

a) Les articles L. 241-2-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés ;

b) Au premier alinéa du I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, le chiffre : « deux » est remplacé par le chiffre : « quatre » et le nombre : « 60 » est remplacé par le nombre : « 200 » ;

IV. – L'article L. 243-6-2 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) La première occurrence du mot : « sociales » est remplacée par les mots : « de sécurité sociale ou recouvrées par les organismes dans les conditions prévues au titre IV du livre II » ;

b) Les mots : « du ministre chargé de la sécurité sociale » sont remplacés par le mot : « ministérielles »

c) Les mots : « les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752 4 » sont remplacés par les mots : « les organismes chargés du recouvrement » ;

2° Au II, les mots : « L. 922-1 et L. 922-4 » sont remplacés par les mots : « L 921-2-1, L 922-1 et L.922-4 » ;

3° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. – Le « Bulletin officiel de la sécurité sociale » présente sur un site internet l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière de cotisations et de contributions de sécurité sociale et d'autres contributions recouvrées par les organismes mentionnés au I du présent article ou affectées à un organisme de sécurité sociale mentionné au II du présent article. »

V. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi afin de modifier les règles de calcul et de déclaration relatives aux réductions dégressives de cotisations patronales dont le bénéfice est cumulable avec les réductions prévues aux articles L. 241-2-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi mais ne peut se cumuler avec les dispositions prévues à l'article L. 241-13, en vue de tenir compte des conséquences sur l'emploi de ces règles, ainsi que des évolutions rendues nécessaires par l'entrée en vigueur des dispositions du présent article afin de respecter les crédits votés en loi de finances, pour l'année 2025. Ces modifications peuvent s'appliquer aux revenus d'activité versés à compter du 1^{er} janvier 2025. L'ordonnance est prise dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de sa publication.

Exposé des motifs

Les réformes successives des prélèvements sociaux patronaux sur le travail conduites de manière quasi-continue depuis les années 1990 ont abouti à la mise en place d'un mécanisme global d'allègements qui a pour double caractéristique d'être à la fois très important au niveau du SMIC (quasiment aucun prélèvement n'est dû à ce niveau de rémunération) puis de se réduire rapidement ensuite jusqu'à 1,6 SMIC (environ 34 000 euros annuels en 2024) avant de se transformer en allègement partiel et proportionnel des salaires, au taux stable jusqu'à 2,5 SMIC (environ 53 000 euros annuels) puis de baisser afin d'atteindre un niveau également stable et réduit jusqu'à 3,5 SMIC (environ 74 000 euros annuels), et d'être supprimés totalement au-delà.

Issu d'une sédimentation de dispositifs et d'objectifs de politique publique qui se sont succédé, cet ensemble d'allègements a soutenu l'économie et l'emploi mais présente aujourd'hui certains défauts que les mesures présentées visent à pallier.

Le choix de faire bénéficier de la réduction générale des cotisations et contributions patronales tous les salaires inférieurs à 1,6 fois le SMIC eu pour effet, sur la période récente, compte tenu de la hausse très rapide du salaire minimum sous l'effet de l'inflation, d'élargir progressivement le champ de cette réduction normalement réservée aux bas salaires. Il en a résulté une hausse sans précédent du coût des allègements généraux de 2022 à 2024 qui atteignent un peu moins de 80 Md d'euros en 2023, soit près de 20 Md€ de plus que le montant constaté en 2021. Son caractère fortement dégressif pour les bas salaires n'incite pas, en outre, à leur revalorisation, produisant une concentration des salaires au niveau du SMIC. Cette superposition de trois dispositifs aux profils et aux règles et périmètres d'application distincts ne facilite pas, par ailleurs, l'appropriation et la bonne application des règles.

Ces limites invitent à concevoir un dispositif unifié, qui corrige certaines de ces limites, sans remettre en question la structuration de la politique de réduction du coût du travail en France qui a soutenu l'emploi et l'activité depuis plus de 20 ans.

Il est ainsi proposé, dans le sillage des travaux conduits par les deux économistes missionnés à la suite de la conférence sociale d'octobre 2023, de fusionner d'ici à 2026 ces dispositifs en vue d'en simplifier l'appréhension et de lisser les taux marginaux d'imposition afin de lever les désincitations à augmenter les salaires les plus faibles. Le dispositif unique ainsi créé continuera de réduire les cotisations patronales pour des rémunérations allant jusqu'à 3 SMIC tout en diminuant le taux maximal d'exonération au niveau du SMIC qui participe, d'après les travaux économiques, à y concentrer les rémunérations.

Afin de permettre une correcte appropriation du dispositif-cible, la première étape de la réforme au 1^{er} janvier 2025 se contentera d'adapter les paramètres actuels des trois dispositifs pour les rapprocher des propriétés du scénario-cible, intégrant notamment la diminution du taux maximal d'exonération au niveau du SMIC, au bénéfice du régime général d'assurance vieillesse. Cette première étape diminuera et lissera les taux marginaux d'imposition au niveau du SMIC, dont les niveaux élevés aujourd'hui sont l'une des causes de la concentration des salaires au niveau du SMIC.

Une ordonnance permettra, le cas échéant, d'adapter les règles relatives aux exonérations spécifiques afin de tenir compte de la transformation du dispositif d'allègement de référence ainsi que des objectifs fixés par la loi de finances en termes de maîtrise du coût de ces dispositifs.

En attendant ces évolutions nécessaires, la mesure intègre également, dès 2024 dans le dispositif actuel, la préoccupation d'une maîtrise des coûts et de règles de calcul plus équitables. La détermination par décret de la valeur du plafond retenu pour le calcul de la réduction générale permettra ainsi, à l'avenir, de préserver le montant global de réduction accordée aux employeurs tout en réduisant l'ampleur de leur évolution, sans que ce plafond ne puisse être inférieur à son niveau actuel en euros. Il est également proposé de réintégrer explicitement, dans le calcul de la réduction générale, la prime de partage de la valeur, alors que celle-ci faisait jusqu'ici l'objet d'une exclusion par tolérance doctrinale. Cette évolution ne s'appliquera qu'aux primes versées à compter de la date de dépôt du présent projet de loi. Les règles favorables permettant encore le cumul sous plafond des avantages de la déduction forfaitaire spécifique dans le calcul des allègements généraux seront également supprimées dès l'exercice 2024.

Article 7**[Rationalisation des exonérations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime, les jeunes entreprises innovantes et les jeunes entreprises de croissance]**

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

A.- A l'article L. 136-1-1 :

1° Après le 6° du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 7° La rémunération des apprentis mentionnée à l'article L. 6221-1 du code du travail pour la part excédant cinquante pour cent du salaire minimum de croissance. » ;

2° Le a) du 1° du III est supprimé.

II. – L'article L. 5553-11 du code des transports est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « , de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, » sont supprimés ;

2° Après le premier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« En outre, les entreprises d'armement maritime mentionnées au précédent alinéa peuvent être exonérées des cotisations d'allocations familiales prévues à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et des contributions à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi dues par les employeurs prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail pour les équipages qu'elles emploient à bord de navires de transports de passagers au sens de la convention internationale mentionnée à l'article L. 5242-9 du présent code.»

3° Au deuxième alinéa, le mot « premier » est remplacé par le mot : « précédent » ;

4° Aux troisième et quatrième alinéas, les mots : « au premier aliéna » sont remplacés par les mots « aux premier et deuxième alinéas »

III. – A la première phrase du I de l'article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004, les mots : « aux jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement définies à » sont remplacés par les mots : « aux entreprises remplissant les conditions cumulatives définies aux 1°, 2°, b du 3°, 4° et 5° de ».

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter de la date précitée.

Exposé des motifs

Les dispositifs spécifiques d'exonération de cotisations et contributions sociales visent à accorder à leurs bénéficiaires remplissant certains critères particuliers une réduction des prélèvements sociaux plus importante que celle résultant de l'application du droit commun. Dans le contexte d'une réforme structurelle des exonérations dont bénéficie l'ensemble des employeurs, il est d'autant plus indispensable de maîtriser parallèlement le coût de ces dispositifs. À défaut, leur coût, supporté en général directement par les budgets des ministères concernés, continuerait de s'accroître rapidement.

Ainsi, en matière d'apprentissage, le doublement entre 2018 et 2022 des dépenses de formation a rendu le recours à ce type de contrat particulièrement attractif fiscalement et socialement pour les employeurs, contribuant à une forte augmentation du nombre d'apprentis qui s'est établi à plus d'un million en 2023. En outre, le régime social applicable aux contrats d'apprentissage présente des effets d'aubaines, en particulier pour les apprentis issus de l'enseignement supérieur. Il demeure par ailleurs marqué par l'absence totale de prélèvements sociaux CSG-CRDS, pourtant universels puisqu'ils portent sur la totalité des rémunérations.

Cette exception, unique, est d'autant moins justifiée que certaines rémunérations sont relativement significatives.

Aussi, il est proposé :

- d'une part, de réduire les exonérations dont l'efficacité n'est pas avérée, en abaissant par décret le seuil d'exonération de cotisations sociales de 79 % à 50 % du SMIC ;
- d'autre part, d'assujettir à la CSG et à la CRDS les rémunérations des apprentis au-delà de 50% du SMIC, qui sont aujourd'hui complètement exemptées de contributions.

S'agissant du secteur maritime, compte tenu des recommandations du rapport de la Cour des comptes de 2023 sur l'Établissement national des invalides de la Marine (Enim), il est proposé de restreindre le bénéfice du dispositif d'exonération de cotisations patronales aux seuls navires de transport de passagers, secteur le plus intensif en emplois moins qualifiés.

S'agissant des jeunes entreprises innovantes ou de croissance, l'impact pour les finances publiques du coût de l'exonération de cotisations sociales, sa forte dynamique, l'effet de substitution de la dépense publique à la dépense privée qu'elle engendre, son efficacité marginale limitée sur la création d'emplois et la multiplicité des sous-catégories qui tendent à fragmenter le dispositif et à nuire à sa lisibilité conduisent à envisager la rationalisation du dispositif « Jeunes entreprises innovantes » (JEI) et son recentrage sur son seul volet fiscal, à fortiori dans le contexte de l'extension récente du bénéfice du dispositif IR-PME aux entreprises-cibles du dispositif.

Article 8

[Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale]

I. – Le 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, le taux : « 55,57 % » est remplacé par le taux : « 52,96 % » ;

2° Au troisième alinéa, le taux : « 15,80 % » est remplacé par le taux : « 14,31 % » ;

3° Au troisième alinéa, le taux : « 23,55 % » est remplacé par le taux : « 27,65 % ».

II. – Après l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 135-4 ainsi rédigé :

« Art. - L. 135-4. - Lorsque, à la clôture d'un exercice, le Fonds de solidarité vieillesse présente un résultat excédentaire, celui-ci est transféré, à hauteur d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui l'enregistre en fonds propres dans ses propres comptes. Cet arrêté fixe également les modalités de versement des sommes correspondantes. »

III. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les sommes versées par l'Etat pour l'équilibre des régimes de retraite mentionnés au *b* et au *c* du 3° de l'article L. 134-3. »

IV. – Au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, après la troisième occurrence du mot : « travail » sont insérés les mots : « . Les sommes excédant ce montant ne peuvent se voir appliquer le taux forfaitaire prévu au troisième alinéa du 5° du présent article ».

V. – Les fonds propres, tels que constatés à la clôture de l'exercice 2024, des régimes spéciaux de retraite mentionnés au *b*) et au *c*) du 3° de l'article L. 134-3 du code de la sécurité sociale font l'objet, au plus tard le 30 juin 2025, d'une reprise par la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui les enregistre en fonds propres dans ses propres comptes. Les modalités de cette reprise, ainsi que des actifs correspondants, sont fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

VI. – Les dispositions des I, III et IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2025.

Exposé des motifs

Cet article organise plusieurs transferts financiers entre les branches de la sécurité sociale, afin de tenir compte des effets de l'ensemble des articles du texte et du projet de loi de finances. Ces transferts sont réalisés en modifiant la répartition de la taxe sur les salaires. Ils visent notamment à tenir compte de l'impact financier des mesures contenues dans le projet de loi initial et de la fraction de TVA attribuée en loi de finances. La TVA affectée à la sécurité sociale est en effet réduite à hauteur de la perte d'impôt sur les sociétés estimée pour l'État du fait de la réforme des allègements généraux de cotisations sociales. L'article proposé répercute cet effet à l'ensemble des branches concernées par cette réforme.

À titre subsidiaire, l'article prolonge le principe, acté à l'occasion de la discussion de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023, de la conservation de l'ensemble des économies générées par la réforme pour le bénéfice du système de retraite en transférant au régime général d'assurance vieillesse l'économie réalisée sur le budget de l'État au titre du régime de la fonction publique d'État.

L'article contient également deux mesures techniques visant d'une part à mettre en cohérence le taux de prélèvement au titre du risque de non-recouvrement avec le périmètre des sommes qui sont effectivement versées à l'Unédic et d'autre part à transférer au régime général de sécurité sociale les réserves des régimes spéciaux dont l'équilibre financier sera désormais, en application de la réforme des retraites, exercé par ce dernier.

Article 9**[Clarifier les modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z]**

I. – Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2023 1250 du 26 décembre 2023, est ainsi modifié :

1° A l'article L. 138-10 :

a) Au I, après les mots : « des honoraires de dispensation définis à l'article L. 162-16-1 », sont insérés les mots : «, de l'écart rétrocession indemnisable défini au III de l'article L. 162-16-5 et de l'écart médicament indemnisable défini au III de l'article L. 162 16-6, » ;

b) Le II est ainsi modifié :

i) Au 1°, le mot : « inscrits » est remplacé par les mots : « pris en charge ou remboursé au titre de leur inscription » ;

ii) Au 2°, après le mot : « ceux » sont insérés les mots : « , ou certaines de leurs indications seulement, » ;

iii) Sont insérés un 2 bis et un 2 ter ainsi rédigés :

« 2° bis Ceux, ou certaines de leurs indications seulement, pris en charge par l'assurance maladie au titre de l'article L. 162-18-1 ; »

« 2° ter Ceux prescrits en application de l'article L. 5121-12-1-2 du code de la santé publique et pris en charge par l'assurance maladie ; » ;

2° A l'article L. 138-12 :

a) Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. – Par dérogation au II :

1° Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux assurés sociaux au titre d'un ou plusieurs médicaments mentionnés au II de l'article L. 138-10 dont une entreprise exploite, assure la distribution ou l'importation parallèle, minoré des marges, honoraires de dispensation et taxes mentionnés au I du même article, est inférieur au montant des remises déductibles mentionnées au même I cette entreprise est redevable, le montant de la contribution due par celle-ci est nul ;

2° Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part mentionnée au 2° du II du présent article, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe dans les conditions mentionnées à l'article L. 138-14. » ;

b) Après le III, sont ajoutés deux paragraphes ainsi rédigés :

« IV. – Lorsque l'entreprise exploitant une spécialité mentionnée au II de l'article L. 138 10 cesse l'exploitation de cette spécialité et la transfère à une autre entreprise, la date d'entrée en vigueur de l'arrêté déterminant le changement d'exploitant publié au Journal officiel de la République française est retenue comme date de référence pour le calcul des montants remboursés par l'assurance maladie imputés à chaque entreprise, au titre de la spécialité concernée.

« V. – Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable, déterminé conformément aux II à IV du présent article, ne peut excéder 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que cette entreprise exploite, importe ou distribue, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-10. » ;

3° L'article L. 138-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le délai prévu 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. » ;

4° A l'article L. 138-15 :

a) Au I :

- au premier alinéa, le mot : « juillet » est remplacé par le mot : « juin » et les mots : « entreprise redevable » sont remplacés par le mot : « assujetti » ;

- les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale communique sans délai aux entreprises assujetties concernées la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elles exploitent, importent ou distribuent. Les entreprises concernées sont réputées avoir accepté cette liste en l'absence de demande de rectification de leur part dans un délai de vingt jours.

« Avant le 31 juillet, le comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au deuxième alinéa, pour chaque assujetti, 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. »

b) Le IV est remplacé par les dispositions suivantes :

« IV. – Lorsque la date du 15 juin mentionnée au I ne peut être respectée du fait d'un défaut ou d'une absence de transmission des données, la date de notification mentionnée au II est retardée à due concurrence et la date de versement de la contribution mentionnée au III est reportée un mois après cette notification. » ;

5° La section 3, contenant les articles L. 138-19-1 à L. 138-19-7, est abrogée ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-8, après le mot : « minoré », sont insérés les mots : « de la taxe sur la valeur ajoutée, » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-9, après le mot : « minoré », sont insérés les mots : « de la taxe sur la valeur ajoutée, » ;

II. – Pour l'année 2025, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,27 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2025, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du même code est fixé à 23,3 milliards d'euros.

IV. – Pour la contribution, définie à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, due au titre de l'année 2025 :

1° Le calcul de la part de contribution mentionnée au 2° du II de l'article L. 138-12 du même code, dans sa rédaction issue de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023, pour les entreprises exploitant, assurant la distribution ou l'importation parallèle des spécialités mentionnées au 6° du II de cet article L. 138-10, est réalisé sur la base des montants remboursés réalisés par ces entreprises pour l'année 2024, au titre de ces spécialités ;

2° Lorsque les montants remboursés par l'assurance maladie, au titre des spécialités en accès compassionnel, au sens de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, délivrés au titre de la rétrocession, ne sont pas connus pour l'année 2024, leur sont substitués les montants remboursés pour l'année 2025 ;

3° Les spécialités en importation dans le cadre de ruptures ou de tensions d'approvisionnements au titre de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique au titre de la rétrocession et pour lesquelles aucun code de suivi individuel n'a été créé par l'assurance maladie sont exclues de l'assiette de cette contribution.

V. – Les 1°, 2°, 3° et 4° du I et le IV du présent article entrent en vigueur à la date prévue au VII de l'article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023.

Exposé des motifs

L'objectif de la clause de sauvegarde est de réguler les dépenses attribuables aux produits de santé, en responsabilisant collectivement les entreprises sur le montant des dépenses que leur activité occasionne pour l'Assurance Maladie. Ainsi, dès lors que les dépenses en produits de santé de l'ensemble des laboratoires dépassent un montant fixé par la loi, une contribution est appelée auprès des entreprises du secteur. Cette contribution a donc la particularité de se déclencher à partir d'une assiette collective. Si la clause se déclenche, la contribution appelée pour chaque laboratoire dépend ensuite de la part du dit laboratoire dans l'assiette globale (concernant le secteur du médicament et des dispositifs médicaux), ainsi que de son évolution au cours de l'année passée (uniquement concernant les médicaments).

La présente mesure vise à sécuriser et clarifier pour les entreprises les modalités de déclenchement et d'appel de la clause de sauvegarde concernant le champ des dispositifs médicaux, en excluant la taxe sur la valeur ajoutée de l'assiette de la clause pour le secteur du dispositif médical, et d'adapter en conséquence les niveaux de Z fixés jusque'ici.

Concernant le secteur du médicament, la LFSS pour 2024 a prévu le passage de l'assiette de dépenses de la clause de sauvegarde en montants remboursés par l'assurance maladie, et non plus en chiffre d'affaires, conformément à l'une des recommandations de la mission dite Borne sur le financement et la régulation des produits de santé. Cette mesure vise à simplifier le dispositif, puisqu'elle allègera les procédures administratives et limitera la dimension collective de son appel. Par ailleurs, cette mesure donnera davantage de visibilité aux différents acteurs en permettant notamment un respect du calendrier d'appel de la clause de sauvegarde. Les travaux menés depuis le début de l'année pour préparer la mise en œuvre opérationnelle de cette réforme pour un appel de la contribution en 2026 au titre de la contribution due pour 2025, conduisent à apporter des précisions au cadre légal pour en simplifier le bon déploiement.

TITRE II
**CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 10
**[Approbation du montant de la compensation
des exonérations mentionné à l'annexe 4]**

Est approuvé le montant de 6,45 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 6,45 milliards d'euros en 2025. Ce montant est en baisse de 650 millions d'euros par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2024, qui s'élevaient à 7,1 milliards d'euros, pour tenir compte des mesures contenues dans le présent projet de loi.

Article 11
[Tableaux d'équilibre 2025 et FSV]

I.- Pour l'année 2025 est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	247,4	260,8	-13,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	17,0	0,2
Vieillesse	297,1	300,2	-3,1
Famille	59,7	59,7	0,0
Autonomie	42,0	42,4	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	644,4	661,1	-16,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	645,4	661,5	-16,0

II.- Pour l'année 2025, est approuvé le tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	22,0	21,3	0,7

Exposé des motifs

Le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV atteindrait -16,0 milliards d'euros en 2025, après -18,0 milliards d'euros en 2024. Cette amélioration des perspectives de solde repose sur une progression des dépenses moindre que celle des recettes (2,8 % contre 3,2 %). Côté dépenses, la progression s'inscrirait en lien avec une progression de l'ONDAM de 2,8 % par rapport à son montant rectifié pour 2024 et avec une progression des prestations de retraite intégrant le report à juillet 2025 de leur revalorisation annuelle. Sur le volet des recettes, la progression serait portée par les sous-jacents macroéconomiques et notamment la masse salariale du secteur privé qui progresserait de 2,8 %, mais également par des mesures nouvelles venant rehausser les recettes. Ainsi, dans la lignée des travaux confiés à MM. Bozio et Wasmer, les allègements généraux de cotisations patronales seraient rationalisés dans le sens d'une limitation dans le haut de l'échelle des salaires et d'une baisse des aides aux entreprises au niveau du SMIC, afin d'inciter à une plus forte dynamique salariale et réduire le risque de trappe sur les bas salaires. L'autre disposition importante concernera une nouvelle hausse du taux des cotisations dues par les employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) après celle déjà intervenue en 2024.

Article 12
[Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions
sur les recettes du FRR et du FSV]

I. - Pour l'année 2025, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,28 milliards d'euros.

II. - Pour l'année 2025, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

Exposé des motifs

En 2025, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 137,9 milliards d'euros, 258,5 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

Avec le transfert de 8,8 milliards d'euros en 2024 au titre de l'exercice 2023, l'année 2024 a marqué la fin des transferts prévus par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Article 13

[Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources permanentes auxquelles l'ACOSS peut recourir]

I. - Sont habilités en 2025 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(en millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	65 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF)	300
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	450
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	13 200

II. - Au premier alinéa de l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « douze mois » sont remplacés par les mots : « vingt-quatre mois et dont la durée moyenne annuelle pondérée est inférieure ou égale à douze mois ».

Exposé des motifs

La présente mesure propose dans un premier temps de fixer à 65 milliards d'euros pour 2025 le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Ce plafond constitue un maximum et comprend une marge de sécurité permettant de faire face à une dégradation brutale de la situation de trésorerie de l'ACOSS. Le recours effectif à des ressources non permanentes sera en moyenne nettement inférieur. Le plafond d'emprunt de l'ACOSS pour l'année 2025 est supérieur à celui de l'année 2024, qui avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 à 45 milliards d'euros. Le relèvement du plafond d'emprunt de l'ACOSS est rendu nécessaire par la fin du cycle de reprise des déficits par la CADES initié par les lois organique et ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie, qui avait allégé la trésorerie de l'ACOSS, ainsi que par l'accumulation de déficits du régime général, lesquels impliquent une variation de trésorerie négative, en particulier en fin d'année.

L'annexe 3 au présent projet de loi détaille les besoins de financement effectifs des organismes.

Les ressources mobilisées par l'ACOSS doivent permettre de couvrir également, outre l'ensemble des besoins de financement du régime général de sécurité sociale, ceux du régime des exploitants agricoles, du régime de sécurité sociale dans les mines, du régime spécial de la Caisse de prévoyance et retraite du personnel ferroviaire et du régime d'assurance vieillesse des

fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL), auxquels l'ACOSS est autorisée à accorder des avances de trésorerie.

Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF) est fixé à 300 millions d'euros pour l'année 2025.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 450 millions d'euros.

Enfin, le besoin de financement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) s'accroît notablement par rapport à 2024, en raison d'une nouvelle dégradation du solde prévisionnel, qui s'ajoute à ses déficits passés. Cette perspective défavorable conduit à augmenter le plafond d'emprunt de la CNRACL à 13,2 milliards d'euros en 2025.

La présente mesure propose ensuite de permettre à l'ACOSS de recourir à des ressources non permanentes pour une durée maximum de 24 mois et dans la limite d'une moyenne annuelle pondérée de ses emprunts à 12 mois.

Si l'ACOSS n'a pas vocation à modifier sa position d'émetteur de court terme, la configuration actuelle des marchés de court terme et les enseignements retirés de la crise financière mettent en évidence les limites de la contrainte qui lui impose de n'emprunter que pour une durée inférieure à douze mois. Cela conduit en pratique à un ensemble de contraintes excessives qui ne permettent pas d'optimiser suffisamment le pilotage de la trésorerie, notamment pour anticiper les pics de besoins de financement et saisir des opportunités de marché.

Ainsi, en pratique, l'agence ne souscrit quasiment que des emprunts de moins de six mois, soit très en deçà de la contrainte juridique, et la durée moyenne des emprunts est encore inférieure. Pour opérer sur des marchés plus profonds et plus diversifiés, tout en demeurant à des durées moyennes inférieures à douze mois, l'agence doit pouvoir contracter en complément des emprunts situés entre douze et vingt-quatre mois. Il est donc proposé de réviser cette contrainte « marginale » pour autoriser de contracter des emprunts pouvant aller jusqu'à vingt-quatre mois, sans que la durée moyenne pondérée ne puisse excéder douze mois.

La notion de durée moyenne pondérée, telle que prévue par l'article, correspond à la durée, exprimée en jours, des emprunts souscrits par l'ACOSS en fonction de leur montant. Elle est égale, pour une année civile donnée, à la moyenne des durées moyennes journalières pondérées des emprunts de l'ACOSS calculée pour une année glissante.

Article 14
**[Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle
du financement de la sécurité sociale]**

Est approuvé le rapport figurant en annexe à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2025 à 2028), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Exposé des motifs

Le présent article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe à la loi de financement de la sécurité sociale.

L'annexe présente les sous-jacents économiques qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2028 et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes et des dépenses, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans ce projet de loi.

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 15
[Régulation des dépenses dans le champ conventionnel]

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

1° Le titre de la section 2.2. du chapitre II du titre VI du livre Ier de la partie législative est remplacé par le titre : « Accords de maîtrise des dépenses, accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins ».

2° Après l'article L. 162-12-17, sont rétablis des articles L. 162-12-18, L. 162-12-19, et L. 162-12-20 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-12-18.* – Des accords de maîtrise des dépenses peuvent être conclus, à l'échelon national dans le champ de l'imagerie médicale et de la biologie, par les parties à la ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-14. Ces accords définissent pour une durée pluriannuelle :

« 1° Des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses ;

« 2° Les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter ces objectifs ;

« 3° Les modalités de suivi du respect de ces objectifs ;

« 4° Les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect annuel ou infra-annuel des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire mentionnés au 1°.

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe les organisations syndicales représentatives, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie 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 à l'article L. 162-14-1-2. 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.

« *Art. L. 162-12-19.* – En cas de non-respect des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire de l'accord de maîtrise des dépenses mentionné à l'article L. 162-12-18, constaté annuellement ou en cours d'année, et lorsque les mesures prévues au 4° de l'article précité ne sont pas adoptées ou sont insuffisantes, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, par dérogation aux articles L. 162-14-1 et L. 162-1-9-1, décider de mesures de baisses des tarifs. Les conditions d'application de ces dispositions sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

« Art. L.162-12-20. -Afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir les parties mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-12-18 afin qu'un accord de maîtrise des dépenses soit conclu dans un délai de quatre mois à compter de la saisine. A défaut d'accord valablement conclu dans ce délai, les ministres peuvent adopter par arrêté des mesures de baisses des tarifs pendant une durée de quatre mois. »

II. – En l'absence au 30 avril 2025 de l'accord mentionné à l'article L. 162-12-18 sur les dépenses d'imagerie médicale et permettant de réaliser un montant d'au moins 300 millions d'euros d'économies sur les années 2025 à 2027, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder jusqu'au 30 juin 2025 à des baisses de tarifs d'imagerie permettant d'atteindre le montant d'économies prescrit.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance maladie en ville sont très dynamiques dans certains secteurs relevant du champ conventionnel (+ 6,5 % dans le secteur de la biologie ; + 8,5 % de volume dans le secteur de l'imagerie, forfait technique et actes d'imageries). Le respect de la trajectoire de l'ONDAM supposera donc d'adopter des mesures de régulation pour maîtriser cette dynamique.

Les organisations représentatives des professionnels de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie se sont parfois saisies de l'outil conventionnel pour mettre en place des protocoles de maîtrise des dépenses remboursées dans un cadre négocié – notamment dans le secteur de l'imagerie et de la biologie médicale. Il est ici proposé de préciser, au niveau de la loi, les modalités de conclusion de ces accords ou protocoles de maîtrise des dépenses. Ces accords pourront couvrir l'ensemble du champ des dépenses remboursées par l'Assurance maladie, respectivement dans le champ de l'imagerie et de la biologie, en incluant pour l'imagerie les dépenses associées aux actes et aux forfaits techniques.

Par ailleurs, au regard des dépenses constatées dans le champ de l'imagerie médicale, il est impératif d'adopter des mesures d'économies sur les montants remboursés dès 2025. C'est pourquoi il est demandé aux partenaires conventionnels de travailler sur un protocole de maîtrise des dépenses d'ici le 30 avril 2025. A défaut d'accord, il est proposé de sécuriser la réalisation des mesures de régulation négociées dans le champ conventionnel par la possibilité donnée au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de manière subsidiaire, de procéder à des baisses unilatérales des tarifs des forfaits techniques et des actes.

Article 16

[Extension du champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions]

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

1° Après l'article L. 162-1-7, il est rétabli un article L. 162-1-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-1.* – 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, en cas d'impact financier pour l'assurance maladie ou 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 sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la Haute autorité de santé.

« Aux fins d'établir le document mentionné au premier alinéa, le prescripteur renseigne, dans des conditions précisées par voie réglementaire, des éléments permettant de vérifier si sa prescription s'inscrit ou non dans le cadre de ces indications ou recommandations. Ces renseignements sont transmis au service du contrôle médical.

« En l'absence du document mentionné au premier alinéa, ou lorsque celui-ci indique qu'une prescription ne s'inscrit pas dans les indications remboursables ou les recommandations, le professionnel appelé à exécuter la prescription recueille l'accord du patient pour délivrer ou réaliser les produits, actes et prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« Les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale fixent par arrêté les produits, actes et prestations soumis aux dispositions du présent article. Ces arrêtés précisent la nature des informations à renseigner par le prescripteur en application du deuxième alinéa. »

2° L'article L. 162-19-1 est abrogé ;

3° Au 1° de l'article L. 314-1, avant la référence : « L. 162-4 » est insérée la référence : « L. 162-1-7-1 ».

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

Exposé des motifs

Pour maîtriser la dynamique de croissance des dépenses d'assurance maladie et limiter le mésusage associé à certaines prescriptions, la présente mesure étend le dispositif d'accompagnement à la prescription instauré par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 pour les produits de santé. Cette mesure de la LFSS pour 2024 ne porte aujourd'hui que sur les médicaments, les dispositifs médicaux et leurs prestations associées et prévoit qu'en cas de prescription non conforme aux recommandations de bonnes

pratiques, à l'autorisation de mise sur le marché pour les médicaments ou à l'état de l'art, le produit prescrit ne sera pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

À l'image des prescriptions médicamenteuses, certains actes ou prestations demeurent souvent prescrits en dehors des recommandations de la HAS ou des indications définies dans les différentes nomenclatures. C'est notamment le cas en biologie ou imagerie médicale, ou pour les transports de patients. En effet, le mode de transport et le type de véhicule mobilisé pour le transport d'un patient ne sont pas toujours ceux justifiés par l'état de santé du patient.

Pour renforcer la pertinence de ces prescriptions, cette mesure permet de conditionner la prise en charge d'un acte ou d'une prestation au renseignement par le prescripteur d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription sur un formulaire dédié, via un téléservice ou en cas d'impossibilité sous forme papier ou au format pdf téléchargeable.

Par ailleurs, une clarification est apportée sur le champ des produits de santé afin de prendre en considération les spécificités du secteur du dispositif médical.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'actions pour mieux accompagner les prescripteurs, limiter les mésusages et renforcer la pertinence des dépenses d'assurance maladie.

Article 17
[Améliorer l'efficacité des transports de patients]

I. – Le troisième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, est conforme à une convention-cadre nationale, à laquelle est annexée une convention type, qui détermine, pour les prestations relatives au transport de patients en taxi conventionné :

« 1° les conditions de réalisation des transports ;

« 2° les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais ;

« 3° les conditions, relatives aux besoins territoriaux de transport des patients, subordonnant l'accès et le maintien du conventionnement des entreprises de taxi, qui peuvent être adaptées au niveau local ;

« 4° les montants forfaitaires facturables par trajets, qui peuvent être différents selon les départements ;

« 5° les tarifs kilométriques facturables, qui peuvent être différents selon les départements ;

« 6° les suppléments facturables, notamment pour le transport de personnes à mobilité réduite et, le cas échéant, les conditions de facturation de suppléments locaux ;

« 7° les règles de facturation et de tarification des transports partagés ;

« 8° le cas échéant, des dispositifs d'aides à l'équipement des taxis conventionnés ;

« 9° les conditions d'évolution des tarifs mentionnés du 4° au 7° sur la période de validité de la convention.

« Conformément à la convention-cadre nationale, la convention conclue entre les entreprises de taxis et l'organisme local d'assurance maladie précise, le cas échéant, les éléments mentionnés aux 3° à 7°, applicables dans le territoire concerné. L'entreprise de taxi conventionnée ne peut facturer, pour un transport de patient, que les frais définis dans la convention locale précitée. A défaut, les sanctions prévues à l'article L. 1111-3-5 du code de la santé publique lui sont applicables, dans les conditions prévues à cet article.

« La convention-cadre nationale est établie par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, et approuvée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée si les ministres n'ont pas fait connaître au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie leur opposition dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. »

II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est supprimé.

III. – Les conventions conclues par l'organisme local d'assurance maladie avec les entreprises de taxi antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi demeurent en vigueur pendant un délai de deux mois après la publication de la convention-cadre nationale.

Exposé des motifs

Après un recul en 2020 lié à la crise sanitaire, les dépenses de transport en taxis conventionnés ont atteint leur plus haut niveau historique en 2023 avec 2,9 Md€ remboursés par l'Assurance maladie, soit une croissance de +36 % entre 2019 et 2023, et de 11 % entre 2023 et 2022. A ces montants s'ajoute le coût des transports intra et inter-établissements pris en charge par les établissements de santé.

Aujourd'hui, les tarifs nationaux des taxis, pour les courses touristiques, sont arrêtés par le ministère des finances puis déclinés localement par des arrêtés préfectoraux. Les tarifs des taxis conventionnés pour le transport de patients sont ensuite définis, en tenant compte des arrêtés préfectoraux, dans des conventions négociées localement entre les entreprises de taxis et les organismes locaux d'assurance maladie.

L'article modifie les dispositions relatives aux relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les représentants des entreprises de taxis afin, d'une part, d'élargir les critères pouvant être pris en compte en matière de conventionnement des taxis et, d'autre part, de définir de manière précise l'ensemble des éléments fixés par la convention-cadre nationale.

Article 18
[Réguler l'intérim des personnels non-médicaux]

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

1°) L'article L. 6146-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. » sont remplacés par les mots : « Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des médecins, des odontologistes, des pharmaciens, des sage-femmes et des professionnels relevant du livre III de la quatrième partie du présent code dans les conditions prévues à l'article L. 334-3 du code général de la fonction publique. » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnée au premier alinéa, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté au coût de l'emploi des mêmes professionnels permanents, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements publics de santé au titre de ces prestations peut être plafonné, en tenant compte s'il y a lieu des spécificités territoriales, dans des conditions déterminées par voie réglementaire. » ;

2°) L'article L. 6146-4 est modifié comme suit :

a) au premier alinéa, les mots : « ou avec un praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1 » sont remplacés par les mots : « ou avec un professionnel de santé pour la réalisation de vacations » ;

b) au deuxième alinéa, les mots : « du praticien », sont remplacés par les mots : « du professionnel » ;

II.- Avant l'article L. 313-23-4 du code de l'action sociale et des familles, il est rétabli un article L. 313-23-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-23-3.* - Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnés à l'article L. 313-23-4, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté à l'emploi des mêmes professionnels permanents, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements et les services mentionnés à l'article L. 315-1, relevant des 1°, 2°, 4°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, au titre de ces prestations peut être plafonné, en tenant compte s'il y a lieu des spécificités territoriales, dans des conditions déterminées par voie réglementaire. »

III.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats conclus à compter du 1^{er} juillet 2025.

Exposé des motifs

La présente mesure a pour objet d'étendre la mesure de plafonnement des rémunérations en intérim médical aux personnels non-médicaux et de maïeutique des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans l'objectif d'une meilleure maîtrise des dépenses du système de santé. Les qualifications susceptibles d'être plafonnées sont celles pour lesquelles il existe un écart significatif entre le coût de la prestation d'intérim et la rémunération des personnels statutaires. Ces montants, propres à chaque qualification, sont déterminés par voie réglementaire.

Ce dispositif se distingue de l'interdiction d'exercice de l'intérim pour les professionnels nouvellement diplômés issue de l'article 29 de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels : alors que ce dernier dispositif visait principalement à améliorer l'organisation du travail au sein des établissements, le plafonnement des rémunérations des personnels non-médicaux et de maïeutique que proposent d'introduire les présents articles vise explicitement à maîtriser les charges de personnel des établissements hospitaliers.

Article 19
[Lutter contre les pénuries de produits de santé]

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

1° A l'article L. 5121-33-1, les mots : « En cas de rupture d'approvisionnement » sont remplacés par les mots : « En cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement ou afin de préserver la disponibilité des médicaments dont la demande fait l'objet de variations saisonnières » ;

2° Au V de l'article L. 5125-23, les mots : « en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, remplacer le médicament prescrit » sont remplacés par les mots : « lorsque le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée à l'article L. 5121-30, le remplacer » ;

3° Le titre I^{er} du livre II de la cinquième partie est complété par un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux

« Art. L. 5215-1. – Lorsque l'interruption ou la cessation attendue de la fourniture d'un dispositif médical inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est susceptible d'entraîner un préjudice grave ou un risque de préjudice grave pour les patients ou la santé publique au sens de l'article L. 5211-5-1 du présent code, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté, pris sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les dispositifs médicaux alternatifs et les indications correspondantes ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie.

« Lorsqu'un dispositif médical à usage individuel identifié comme alternatif en application de l'alinéa précédent n'est pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et qu'il n'existe aucune autre alternative thérapeutique disponible qui soit prise en charge par l'assurance maladie, son exploitant peut bénéficier d'une prise en charge dérogatoire temporaire, dans la limite du tarif de prise en charge du dispositif indisponible. Cette prise en charge est accordée pour une durée maximale d'un an à l'exploitant qui respecte les dispositions du I ou du II de l'article L. 5211-3 du présent code.

« Dans le cadre de cette prise en charge dérogatoire, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent modifier les conditions de délivrance, de distribution et de facturation des produits concernés, selon les modalités prévues par le code de la sécurité sociale.

« Les modalités de cette prise en charge dérogatoire temporaire sont définies par un décret en Conseil d'Etat. »

4° L'article L. 5471-1 est ainsi modifié :

a) Au II :

- les mots : « aux 1° à 7° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

- le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 50 % » ;

b) Au III :

- au deuxième alinéa, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 50 % » et les mots : « d'un million » sont remplacés par les mots : « de cinq millions » ;

- au troisième alinéa, les mots : « aux 1° à 3° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

c) Le IV est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. – L'agence publie les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet. Ces décisions demeurent disponibles pendant une période d'un an à compter de leur publication.

« La durée mentionnée à l'alinéa précédent peut être réduite par l'agence dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »

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

1° Au I de l'article L. 162-16-4, après les mots : « des prix des médicaments à même visée thérapeutique, », sont insérés les mots : « du prix ou du tarif du médicament, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, 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, » ;

2° Après l'article L. 162-19-1, il est inséré un article L. 162-19-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-19-2. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est acquise dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou dans celles prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 pour répondre à un besoin de santé publique et mise à la disposition des patients en vue de son administration, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre les procédures d'inscription ou de tarification prévues aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17, L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du présent code pour la spécialité concernée et l'ensemble des spécialités comparables ou à même visée thérapeutique, pour une durée qu'ils déterminent et qui ne peut excéder l'épuisement du stock de cette spécialité, dans la limite de deux ans. »

Exposé des motifs

La précédente feuille de route (FDR) ministérielle pour 2019-2022, intitulée « Lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments en France », a marqué des avancées importantes dans la gestion des pénuries et des tensions d'approvisionnement, notamment en termes de nouvelles obligations imposées aux industriels (notamment l'obligation de détention de stocks minimums).

Il nous faut toutefois aller plus loin et la nouvelle FDR 2024-2027, intitulée « Garantir la disponibilité des médicaments et assurer à plus long terme une souveraineté industrielle », doit permettre de compléter ces actions et de bâtir une nouvelle stratégie pour sécuriser l'approvisionnement des médicaments.

Dans ce contexte, la présente mesure vise à mieux outiller l'État dans son objectif de lutte contre les pénuries de produits de santé. Il s'agit :

- d'ajuster des dispositifs opérationnels adoptés en matière de lutte contre les pénuries de médicaments ;
- de prévoir un financement dérogatoire et en urgence des dispositifs médicaux utilisés en alternative à un dispositif médical en rupture d'approvisionnement ;
- d'organiser l'articulation entre le système, classique, du remboursement par l'assurance maladie de produits autorisés et tarifés et le recours croissant à l'achat public de produits de santé, au niveau européen ou national ;
- de rehausser le plafonds des sanctions à l'encontre des acteurs ne respectant pas leurs obligations en matière de lutte contre les pénuries.

Article 20

[Assurer une meilleure pertinence dans la prise en charge des dispositifs médicaux numériques attestant d'une utilisation effective par l'Assurance maladie]

L'article L.165-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa :

a) les mots « affections chroniques » sont supprimés ;

b) les mots « les prestataires mentionnés à l'article L.5232-3 du code de la santé publique » sont remplacés par « les distributeurs au détail »

c) Après les mots « qui est nécessaire à son traitement » sont ajoutés les mots « et à l'évaluation de sa pertinence. »

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au distributeur en détail et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données et de façon régulière, le prescripteur réévalue la pertinence et l'efficacité de sa prescription et le distributeur, en lien avec le prescripteur, déploie des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical. Lorsque la prise en charge ou la modulation de la prise en charge est subordonnée au respect des conditions d'utilisation prévues par l'arrêté mentionné à l'article L. 165-1, le distributeur au détail transmet, avec l'accord du patient, à l'assurance maladie ou, le cas échéant, à un tiers de confiance habilité à cette fin, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les données permettant d'en attester. Le défaut de transmission des données du fait du distributeur au détail est inopposable au patient. »

3° A l'avant dernière phrase du quatrième alinéa, les mots « les prestataires » sont remplacés par les mots « les distributeurs au détail » ;

4° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque le distributeur au détail recueille l'accord du patient pour la transmission de ses données d'utilisation, il l'informe que les données transmises au prescripteur peuvent conduire ce dernier, si la prescription n'est pas pertinente au regard notamment de la faible utilisation du dispositif, à ne pas renouveler sa prescription. »

Exposé des motifs

Le secteur du dispositif médical connaît un essor de nouvelles technologies, souvent à composante numérique, permettant d'obtenir des informations relatives à la bonne utilisation du produit en question, voire des informations complémentaires sur leur efficacité, ou leur sécurité. Ces données et leur utilisation adéquate peuvent être utiles pour le patient mais aussi pour les différents acteurs assurant sa prise en charge - du prescripteur aux organismes d'assurance maladie.

Conditionner la prise en charge de dispositifs médicaux à la remontée de données, notamment sur l'utilisation effective, permettrait de s'assurer de la pertinence de la prise en charge et de la soutenabilité du système dans un contexte de fort dynamisme des dépenses associées aux dispositifs médicaux (croissance annuelle moyenne de 4,2 % entre 2017 et 2023).

Ainsi le prescripteur pourrait modifier la prise en charge du patient au regard des différents résultats obtenus, l'orienter si besoin vers une alternative plus appropriée, voire mettre fin à la prise en charge en cas de faible utilisation des dispositifs. Cette mesure limitera le risque de perte de chance pour le patient en cas d'utilisation inadaptée, et les dépenses injustifiées pour l'Assurance maladie lorsque la prescription n'est plus pertinente.

Par ailleurs, cette mesure contribue à la lutte contre les gaspillages et la préservation de l'environnement en évitant la mise à disposition de consommables non utilisés ou non pertinents.

Afin d'éviter des facturations erronées et de limiter la fraude, la transmission des données d'utilisation à l'assurance maladie, ou à un tiers de confiance désigné, conditionnera la prise en charge. Ces informations seront transmises par les exploitants ou les distributeurs concernés, dans des formats interopérables et sécurisés.

Article 21**[Réformer le modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)]**

L'article 79 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est modifié comme suit :

1° Au I, le mot : « vingt » est remplacé par le mot : « vingt-trois » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

- les mots : « la somme » sont remplacés par les mots : « un montant » ;

- les mots : « au cumul : » sont supprimés ;

b) Au 1° :

- la référence : « 1° » est supprimée ;

- le mot : « De » est remplacé par le mot : « à » ;

-les mots : « retracées dans son compte de gestion » sont remplacés par les mots : « transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans les conditions prévues au présent III » ;

c) le 2° est supprimé ;

d) Au quatrième alinéa :

- les mots : « Cette somme peut être imputée » sont remplacés par les mots : « Ce montant est imputé » ;

- La phrase suivante est ajoutée : « Les dépenses d'allocations pour l'autonomie mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sont, dans les départements participant à l'expérimentation, fixées par décret pendant la durée de celle-ci, en tenant compte du montant des dépenses des années précédentes. » ;

e) Au cinquième alinéa, les mots : « mentionnées aux 1° et 2° du » sont remplacés par les mots : « permettant le calcul de la moyenne mentionnée au » ;

3° Le premier alinéa du IV est ainsi modifié :

a) les mots : « 30 avril 2024 » sont remplacés par les mots : « 31 octobre 2024 » ;

b) les mots : « première vague de » sont remplacés par les mots : « entrée dans » ;

c) A la fin de l'alinéa, les mots : «, ou entre cette date et le 30 avril 2025 pour une seconde vague de l'expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2026 » sont supprimés.

Exposé des motifs

L'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit une expérimentation visant à simplifier le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins longue durée (USLD). À partir du 1^{er} janvier 2025 et pour une durée de 4 ans, dans les départements volontaires, les EHPAD et les USLD percevront un forfait global unique relatif aux soins et l'autonomie en remplacement de l'actuel forfait global de soins versé par l'agence régionale de santé (ARS) et du forfait global afférent à la dépendance versé par le département.

La présente mesure propose de porter le nombre maximum de collectivités territoriales expérimentatrices à au plus 23 départements en 2025 au lieu des 20 initialement prévues par l'article 79 de la LFSS pour 2024, car plus de 20 départements se sont d'ores et déjà portés candidats pour démarrer l'expérimentation dès le 1^{er} janvier 2025

En complément du relèvement du nombre possible de candidats à l'expérimentation, la date limite de dépôt d'une délibération pour participer à l'expérimentation est repoussée au 31 octobre 2024 (la loi prévoit actuellement le 30 avril 2024) afin de tenir compte de la candidature de plusieurs départements s'étant manifestés après la date du 30 avril 2024.

Enfin, pour la durée de l'expérimentation, il est nécessaire de modifier les modalités de versement du concours relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin de prendre en compte l'impact de la suppression des dépenses d'APA en établissement pour les départements concernés tout en évitant les effets de bord sur les départements non-expérimentateurs.

Article 22**[Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des personnes non-salariées des professions agricoles (NSA) sur le régime général]**

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A l'article L. 321-5 :

a) Le cinquième alinéa est supprimé ;

b) Le onzième alinéa est remplacé par l'alinéa :

« Le statut de collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peut être occupé, y compris de façon interrompue, que pendant une durée totale qui ne peut excéder cinq ans » ;

c) Après le onzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes exerçant au 1^{er} janvier 2022 une activité professionnelle sous le statut de collaborateur, la durée de cinq ans mentionnée à l'alinéa précédent s'apprécie au regard des seules périodes postérieures à cette date. Toutefois, si ces mêmes personnes atteignent l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale avant le 1^{er} janvier 2032, cette même durée peut être prolongée jusqu'à la liquidation de leurs droits à pension. » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 718-2-1, les mots : « l'article L. 732-18, pour les conjoints et les membres de la famille des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 732-34 du présent code, ainsi que pour les conjoints ayant opté pour la qualité de conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 321-5 du même code » sont remplacés par les mots : « l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et pour les collaborateurs d'exploitation et d'entreprise agricole, les aides familiaux et associés d'exploitation mentionnés à l'article L. 722-15 du présent code » ;

3° La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre II du livre VII est complétée par deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 722-7-1.* – Le preneur et le bailleur des biens ruraux faisant l'objet de baux à métayage sont considérés comme des chefs d'exploitation, le premier sous réserve qu'il ne soit pas assujéti au régime des assurances sociales des salariés agricoles, le second sous réserve de l'application de l'article L. 171-6-1 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 722-7-2.* – Le régime de protection sociale des personnes non-salariées des professions agricoles est également applicable, dans les cas mentionnés à la sous-section 2, aux aides familiaux, entendus comme les ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés.

« Cette qualité ne peut être conservée, y compris de façon interrompue, que pendant une durée totale qui ne peut excéder cinq ans. A l'issue d'une telle durée, les personnes mentionnées au premier alinéa sont tenues d'opter pour le statut de salarié ou de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

« Dès lors qu'ils ne justifient pas de leur affiliation à un régime légal ou réglementaire de retraite à raison de l'exercice d'une activité professionnelle personnelle, qu'ils ne sont pas atteints d'une incapacité absolue de travail et qu'ils ne sont pas bénéficiaires des dispositions des titres III et IV du livre II, et titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, les membres de famille, énumérés au premier alinéa, qui vivent sur l'exploitation sont, sauf preuve contraire, présumés remplir la condition de mise en valeur mentionnée au même alinéa. » ;

4° A l'article L. 722-10 :

a) Aux troisième et septième alinéas, les mots : « prévue à l'article L. 732-18 » sont remplacés par les mots : « de base du régime institué par le présent chapitre » ;

b) Au quatrième alinéa, après les mots : « non salariés » sont insérés les mots : « , définis à l'article L. 722-7-2, » :

c) Les cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;

d) Au septième alinéa, après la référence : « L. 732-34 » sont insérés les mots : « dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 » ;

5° Le premier alinéa de l'article L. 722-15 est complété par les mots : « ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 et aux aides familiaux et associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 » ;

6° L'article L. 722-16 est abrogé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 722-17, les mots : « à l'article L. 732-25 » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale » et au deuxième alinéa du même article, après les mots : « L. 321-5 », sont ajoutés les mots : « du présent code » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 722-18, après la référence : « L. 732-52 » le mot : « à » est remplacé par le mot : « et » ;

9° Les articles L. 727-1, L. 732-17-1, L. 732-18-1 à L. 732-18-4, L. 732-22, L. 732-24-1 à L. 732-34, L. 732-37, L. 732-38, L. 732-41-1 à L. 732-51-1, L. 732-53 et L. 732-54-5 à L. 732-55, ainsi que les sous-sections 1 *bis* et 1 *ter* de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII sont abrogés ;

10° Au 7° *bis* de l'article L. 731-3, la référence : « L. 732-18-3 » sont remplacés par les mots : « L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale » ;

11° Au 1° de l'article L. 731-39, les mots : « la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et les titulaires de la retraite forfaitaire accordée en vertu de l'article L. 732-34 » sont remplacés par les mots : « de retraites » ;

12° L'article L. 732-18 est transféré en tête de la section mentionnée au 9° et est ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-18.* – Sous réserve des dispositions de la présente section et des adaptations nécessaires prises par voie réglementaire, les prestations d'assurance vieillesse de base et de veuvage dont bénéficient les personnes non-salariées des professions agricoles mentionnées à l'article L. 722-15 sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies par les dispositions des chapitres I à IV, VI et VIII du titre V du livre III du code de la sécurité sociale, exception faite des articles L. 351-10, L. 351-10-1 et du 3° du I de l'article L. 351-14-1 de ce code.

« Pour l'application de l'alinéa précédent, les mots : « salaire annuel de base » sont remplacés par les mots : « revenu annuel moyen » et, sauf en ce qui concerne les articles L. 351-6-1, L. 351-14 et L. 351-17 du code de la sécurité sociale, les mots : « régime général » et : « régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régime des non-salariés des professions agricoles ».

« Pour l'application des dispositions du I de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, les références aux articles L. 411-1 et L. 461-1 de ce code sont respectivement remplacées par les références aux premier et second alinéas de l'article L. 752-2 du présent code. » ;

13° L'intitulé de la sous-section 1 de la section mentionnée au 9° est remplacé par l'intitulé : « Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite » et les intitulés des paragraphes 1 à 5 de cette sous-section sont respectivement remplacés par les intitulés : « Conditions d'âge », « Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées », « Pension pour inaptitude », « Dispositions propres à certaines catégories d'assurés » et « Taux et montant de la pension ». Sont transférés en tête du paragraphe 2 les articles L. 732-20 et L. 732-21 tels qu'ils résultent du 14° et dans le paragraphe 5 l'article L. 732-24 tel qu'il résulte du 16° ;

14° Les articles L. 732-20 et L. 732-21 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 732-20.* – Les conditions dans lesquelles peuvent être retenues, pour la détermination de la durée d'assurance, les cotisations versées antérieurement au 1^{er} janvier 2016 sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont validées les périodes, comprises entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2025, au cours desquelles les personnes mentionnées au *b* du 2° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 ont acquitté les cotisations mentionnées à ce même *b*.

« *Art. L. 732-21.* – 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 d'interruption d'activité résultant de maladie, de maternité ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ;

« 2° Les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'allocation mentionnée à l'article L. 5424-25 du code du travail. » ;

15° L'article L. 732-23 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 732-23.* – Les dispositions des 2°, 3° et 7° à 9° de l'article L. 351-3 et de l'article L. 351-5 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables pour la détermination de la durée d'assurance et celles du 4° de l'article L. 351-8 pour le bénéfice du taux plein dans le régime des non-salariés des professions agricoles. » ;

16° L'article L. 732-24 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-24.* – I. – Pour les personnes ayant été affiliées au régime institué par le présent titre antérieurement au 1^{er} janvier 2016, le montant de la pension mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale auquel se réfère l'article L. 732-18 du présent code cumule :

« 1° Un montant calculé dans les conditions prévues par ces dispositions sur les bases des seuls revenus des années à compter du 1^{er} janvier 2016.

« Pour les assurés dont les cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 dont ils ont été redevables au titre des années comprises entre 2016 et 2025 ont été portées à leur valeur minimale, les revenus pris en compte pour l'application du précédent alinéa sont égaux au rapport entre les montants totaux des cotisations qu'ils ont acquittées au titre de l'assurance vieillesse de base et les taux de cotisations en vigueur pour l'année considérée ;

« 2° La réunion :

« *a)* D'une part dont le montant, attribué pour une durée de cotisation, en application du 1° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025, au titre des périodes d'assurance antérieures au 1^{er} janvier 2016, au moins égale à la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, est fixé par décret.

« Lorsque cette durée d'assurance est inférieure à cette limite, le montant de cette part forfaitaire est ajusté à due concurrence ;

« *b)* D'une part calculée en fonction des montants, majorés au titre des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 732-21, des cotisations acquittées, en application du 2° de l'article L. 731-42 du présent code dans sa rédaction antérieure à loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025, au titre des périodes d'assurance antérieures au 1^{er} janvier 2016, en retenant un nombre d'années sélectionnées dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« II. – Pour les assurés qui ne justifient pas, ni dans le régime institué par le présent chapitre ni dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la durée mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, un coefficient de minoration est appliqué aux montants prévus au 2° du I du présent article. Ce coefficient n'est pas applicable aux assurés mentionnés, sous réserve de l'exclusion prévue à l'article L. 732-23 du présent code, à l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ou qui ont liquidé leur pension en application de l'article L. 351-1-4 du même code.

« III. – Le montant prévu au I ne peut excéder la moitié du plafond prévu à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

« IV. – Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

17° La sous-section 1 de la section mentionnée au 9° est complétée par un paragraphe 6 intitulé : « Majorations pour enfants - Majorations pour conjoint à charge - Autres majorations », un paragraphe 7 intitulé : « Liquidation et entrée en jouissance », un paragraphe 8 intitulé : « Rachat » et un paragraphe 9 intitulé : « Dispositions diverses ». Sont transférés dans le paragraphe 8 les articles L. 732-35 et L. 732-35-1 tels qu'ils résultent du 17° et du 18° ;

18° A l'article L. 732-35 :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « mentionnées au premier alinéa du présent I » sont remplacés par les mots : « ayant opté pour le statut de collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5 », après la référence : « L. 731-42 » sont insérés les mots : « dans leur rédaction antérieure à loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 » et le mot : « proportionnelle » est remplacé par les mots : « mentionnée au b du 2° du I de l'article L. 732-24 » ;

c) Au cinquième alinéa, la mention : « II. – » est supprimée, les mots : « en qualité de conjoint » sont remplacés par les mots : « en ayant opté pour le statut de collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5 » et les mots : « conditions prévues au dernier alinéa du I du présent article » sont remplacés par les mots : « mêmes conditions » ;

19° Au premier alinéa de l'article L. 732-35-1, les mots : « personnes dont la pension de retraite de base prend effet postérieurement au 31 décembre 2003 » sont remplacés par le mot : « assurés » ;

20° L'intitulé de la sous-section 2 de la section mentionnée au 9° est remplacé par l'intitulé : « Service des pensions de retraite ». Sont transférés dans cette sous-section les articles L. 732-36, L. 732-39 et L. 732-40 tels qu'ils résultent des 21° à 23° ;

21° A l'article L. 732-19, qui devient l'article L. 732-36, les mots : « la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 dans les conditions prévues à la présente sous-section » sont remplacés par les mots : « les avantages vieillesse du régime institué par le présent chapitre » et les mots : « au paragraphe 4 de la présente sous-section » sont remplacés par les mots : « à la sous-section 5 de la présente section » ;

22° A l'article L. 732-39 :

a) au premier alinéa du I, les mots : « d'un âge fixé par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale » ;

b) aux premier et au quatrième alinéas du III, les mots : « 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 » sont remplacés par les mots : « justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale » ;

c) au premier alinéa du III, après la référence : « L. 722-5 » sont insérés les mots : « du présent code » et le signe de ponctuation : « : » est remplacé par le signe de ponctuation : « . » ;

d) les deuxième, troisième et cinquième alinéas du III sont supprimés ;

e) au IV, les mots : « , 2°, 3°, 4°, 5°, 7° et » sont remplacés par le mot : « à » ;

f) au V, les mots : « de l'article L. 732-29 du présent code, » sont supprimés ;

g) au VI, les mots : « aux deux derniers alinéas du » sont remplacés par le mot : « au » ;

23° A l'article L. 732-40 :

a) au premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

b) l'alinéa suivant est ajouté :

« La poursuite de la mise en valeur de l'exploitation dans les conditions prévues au 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. » ;

24° L'intitulé de la sous-section 3 de la section mentionnée au 9° est remplacé par l'intitulé : « Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion ». Est transféré dans cette sous-section l'article L. 732-41 tel qu'il résulte du 25° ;

25° A l'article L. 732-41, les trois premiers alinéas sont supprimés et, au quatrième, les mots : « continuant l'exploitation » sont remplacés par les mots : « qui continue l'exploitation sans avoir demandé la liquidation de sa pension de réversion » et les mots : « annuités propres celles qui ont été acquises » par les mots : « droits propres ceux qui ont été acquis » ;

26° La section mentionnée au 9° est complétée par une sous-section 4 intitulée : « Modalités de la demande de la pension de réversion », une sous-section 5 intitulée : « Assurance volontaire », une sous-section 6 intitulée : « Assurance veuvage », une sous-section 7 intitulée : « Majoration de pension », une sous-section 8 intitulée : « Pension d'orphelin » et une sous-section 9 intitulée : « Assurance vieillesse complémentaire ». Sont transférés dans la sous-section 5 les articles L. 732-52 et L. 732-54. Sont transférés dans la sous-section 7 les articles L. 732-54-1 à L. 732-54-5 tels qu'ils résultent, s'agissant des articles qu'ils visent, des 27° à 29°. Sont transférés dans la sous-section 9 les articles L. 732-56 à L. 732-63 tels qu'ils résultent, s'agissant des articles qu'ils visent, des 30° et 31° ;

27° Au second alinéa l'article L. 732-54-2, après les mots : « exclusif ou principal », sont insérés les mots : « et des périodes d'assurance accomplies à titre secondaire à compter du 1^{er} janvier 2026, » ;

28° A l'article L. 732-54-3 :

- après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Le plafond prévu à l'alinéa précédent est :

« 1° Pour les pensions prenant effet avant le 1^{er} janvier 2026, fixé par décret et revalorisé dans des conditions fixées par décret ;

« 2° Pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026, égal au montant prévu au premier alinéa de l'article L. 173-2 du code de la sécurité sociale. » ;

- le troisième alinéa est supprimé ;

29° A l'article L. 732-54-4 les mots : « du présent paragraphe » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;

30° Au premier alinéa de l'article L. 732-60 :

- à la première phrase, les mots : « retraite mentionnée à l'article L. 732-24 » sont remplacés par les mots : « pension de retraite de base au régime institué par le présent chapitre » ;

- à la deuxième phrase, les mots : « retraite mentionnée aux articles L. 732-34 et L. 732-35 » sont remplacés par les mots : « pension de retraite de base au régime institué par le présent chapitre » ;

31° A l'article L. 732-63 :

- au 2° du I, les mots : « accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre exclusif ou principal » sont supprimés et il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Sont prises en compte au titre de ces périodes : » ;

- après le 2° du I, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« a) Les périodes accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre exclusif ou principal ;

« b) Les périodes accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre secondaire et à compter du 1^{er} janvier 2026. » ;

- au III, le mot : « et » est remplacé par le signe : « , », et après les mots : « exclusif ou principal », sont insérés les mots : « et des périodes d'assurance accomplies à titre secondaire à compter du 1^{er} janvier 2026 » ;

32° A l'article L. 761-22, les mots : « Les articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code sont applicables » sont remplacés par les mots : « L'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale est applicable » et après la référence : « L. 761-21 » sont insérés les mots : « du présent code » ;

33° A l'article L. 761-23, les mots : « aux articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale ».

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

1° A l'article L. 161-17-1-1, les mots : « et L. 732-51-1 » sont supprimés ;

2° A l'article L. 161-17-2, les mots : « à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime, » sont supprimés ;

3° A l'article L. 161-18 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « le régime général » sont insérés les mots : « , le régime des non-salariés des professions agricoles » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

4° A l'article L. 161-19-1, les mots : « à l'article L. 732-25 » sont remplacés par les mots : « au II de l'article L. 732-1 » ;

5° A l'article L. 161-20, les mots : « les article L. 351-3 du présent code et L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables » sont remplacés par les mots : « l'article L. 351-3 n'est pas applicable » ;

6° A l'article L. 161-21-1, les mots : « et au premier alinéa de l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

7° A l'avant dernier alinéa de l'article L. 161-22, les mots : « les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « l'article L. 161-22-1-5 » ;

8° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 161-22-1-1 est remplacée par la phrase : « Ces nouveaux droits propres et dérivés sont sans incidence sur le montant de la pension de vieillesse résultant de la première liquidation, le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et le montant du complément différentiel prévu à l'article L. 732-63 du même code. » ;

9° Au huitième alinéa du I de l'article L. 161-22-1-5, la référence : « L. 732-54-2 » est remplacée par la référence : « L. 732-54-1 » ;

10° A l'article L. 161-23-1, les mots : « et les régimes alignés sur lui » sont remplacés par les mots : « , le régime des salariés agricoles et le régime des non-salariés des professions agricoles » ;

11° A l'article L. 173-1-1, les mots : « aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 353-6 » et les mots : « du même code, la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « la première » ;

12° Au III *ter* de l'article L. 173-1-2, après les mots : « pensions de réversion », sont insérés les mots : « et aux pensions d'orphelin » ;

13° A l'article L. 173-7, les mots : « à l'article L. 732-27-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles 732-35 et L. 732-35-1 » et les mots : « des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, » sont supprimés ;

14° Au second alinéa de l'article L. 323-2, les mots : « du présent code et à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

15° Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1, les mots : « du présent code ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3, L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime », « du présent code ou à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » et « du présent code et de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

16° Après la référence : « L. 351-1-5, » la fin du premier alinéa de l'article L. 351-1-2-1 est ainsi rédigée : « l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1-2, sous réserve qu'il soit égal ou supérieur à soixante-trois ans, est abaissé d'un an. » ;

17° Au IX de l'article L. 351-4 et au II de l'article L. 351-6-1, les mots : « , de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

18° L'article L. 351-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Les assurés atteignant l'âge de soixante-cinq ans qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 ou qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. » ;

19° Le troisième alinéa de l'article L. 381-2 est remplacé par l'alinéa :

« Les travailleurs non-salariés et conjoints collaborateurs mentionnés aux articles L. 611-1 et L. 661-1 du présent code ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 722-15 du code rural et de la pêche maritime qui interrompent leur activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie définis en application de l'article L. 3142-24 du même code, sont affiliés obligatoirement... (le reste sans changement) » ;

20° Au *b* du 2° de l'article L. 491-1, après le mot : « maritime », sont insérés les mots : « dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 » ;

21° Au premier alinéa de l'article L. 544-8, les mots : « , aux articles L. 321-5, L. 722-9 et L. 732-34 » sont remplacés par les mots : « et aux articles L. 321-5 et L. 722-9 » ;

22° Au dernier alinéa de l'article L. 634-2-1, les mots : « , des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

23° Au dernier alinéa de l'article L. 634-6, les mots : « , de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par le mot : « ou » ;

24° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 821-1, les mots : « du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés.

III. – Au 3° de l'article L. 5421-4 du code du travail, les mots : « , des articles L. 732-18-1 à L. 732-18-4 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés.

IV. – Les III et IV de l'article 20 et les III à VI de l'article 21 de la loi n° 2010-1130 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites sont abrogés.

V. – Au III de l'article 36 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots : « ainsi qu'à l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés.

VI. – Au II de l'article 11 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, les mots : « du second alinéa de l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime, » sont supprimés et après la référence : « L. 732-54-1 », les mots : « du même code » sont remplacés par les mots : « du code rural et de la pêche maritime ».

VII. – A. – Le 1° du I et les 8°, 12° et 16° du II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Les 2° à 5°, 7°, 8°, 10°, 11°, 13° et 17° à 31 du I, les 1°, 6°, 7°, 10°, 14°, 15°, 19° à 21°, 23° et 24° du II et le III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Les 6°, 9°, 12°, 14° à 16°, 32° et 33° du I, les 2° à 5°, 9°, 11°, 13°, 17°, 18° et 22° du II et les IV à VI du présent article s'appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026.

B. – Par dérogation aux dispositions du A, 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 aux modifications issues du présent article continuent de s'appliquer aux pensions, dues au titre du régime des non-salariés des professions agricoles, prenant effet du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2027.

A une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2028, les pensions mentionnées à l'alinéa précédent font l'objet d'un recalcul en tenant compte des modifications issues du présent article. Si le montant issue de ce recalcul est supérieur à celui attribué dans les conditions prévues au premier alinéa du présent B, le niveau de la pension est révisé et les sommes versées antérieurement font l'objet d'une régularisation.

VIII. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre, par voie d'ordonnance, dans un délai de vingt-quatre mois à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à modifier, afin de les rapprocher de celles applicables sur le reste du territoire, les modalités d'ouverture de droit, de calcul et de service des pensions de vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Exposé des motifs

La revalorisation des retraites agricoles constitue un engagement ancien du Parlement et du Gouvernement, dans un esprit de consensus, qui s'est traduit par deux lois adoptées à l'initiative de monsieur le député André Chassaing et promulguées les 3 juillet 2020 et 17 décembre 2021. Le Gouvernement a également défendu la proposition de loi de monsieur le député Julien Dive, promulguée le 13 février 2023, qui prévoyait, d'une part, le principe d'une modification au 1^{er} janvier 2026 du calcul de la retraite de base des agriculteurs en fonction des vingt-cinq années d'assurance les plus avantageuses et, d'autre part, la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement visant à préciser les modalités d'application de cette réforme. Ce rapport, confié à l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et au conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) par les ministres chargés du travail, de l'agriculture et des comptes publics, a été transmis au Parlement le 31 janvier 2024. Le Parlement a également déposé des propositions de loi, au travers de celles de monsieur le sénateur Philippe Mouiller et de madame la députée Mathilde Panot, qui montrent l'attention constante portée aux retraites des personnes non-salariées des professions agricoles (non-salariés agricoles).

Des travaux complémentaires ont été conduits depuis la remise du rapport des inspections pour permettre la convergence de la retraite des non-salariés agricoles avec le régime général et améliorer substantiellement les pensions. Le Gouvernement a ainsi poursuivi ses travaux en lien avec les organisations professionnelles agricoles, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et les parlementaires, en vue de respecter l'esprit de la loi Dive et d'assurer l'amélioration concrète des pensions des non-salariés agricoles dès le 1^{er} janvier 2026.

La présente mesure, issue de ces réflexions et concertations, a pour objet d'aligner le mode de calcul de la retraite de base du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles sur le régime général. Elle permettra de tenir compte de la variabilité des revenus agricoles et d'améliorer ainsi les pensions de retraite servies à ces assurés. Elle consiste, en premier lieu, à supprimer à terme les pensions forfaitaire et proportionnelle du régime de base des non-salariés agricoles et à calculer les retraites de base sur les vingt-cinq meilleures années de revenus, comme au régime général pour les travailleurs indépendants. Elle s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026. A terme, cette mesure aboutira à un calcul de la retraite sur les vingt-cinq meilleures années de revenus pour l'ensemble des statuts de non-salariés agricoles et conduira à une réelle convergence avec les régimes alignés.

Au surplus, pour les poly-affiliés, les vingt-cinq meilleures années à prendre en compte seront réparties, au *pro rata* des durées d'assurance, entre le régime des non-salariés agricoles et les régimes alignés, favorisant ainsi la reprise d'exploitation après un début de carrière en tant que salarié.

Enfin, la présente mesure aligne le plafond d'écêtement tous régimes de la pension majorée de référence (PMR) sur celui du minimum contributif (MiCo) des régimes alignés, toujours dans un esprit de convergence et de renforcement du niveau des pensions.

Article 23

[Décaler la revalorisation des prestations vieillesse au 1^{er} juillet]

I.- Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A l'article L. 732-54-2, les mots : « revalorisé, au 1^{er} janvier de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1^{er} janvier précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 351 10 du code de la sécurité sociale » ;

2° Au IV de l'article L. 732-63, les mots : « 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle la pension de retraite prend effet » sont remplacés par les mots : « 1^{er} juillet qui précède la date de prise d'effet de la pension de retraite ».

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

1° Aux articles L. 161-23-1 et L. 351-10, chaque occurrence du mot : « janvier » est remplacée par le mot : « juillet » ;

2° La section 1 du chapitre III est complétée par un article L. 653-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 653-7-1.- Le montant de la pension de retraite est revalorisé annuellement à la date prévue à l'article L. 161-23-1 dans la limite du coefficient annuel de revalorisation des pensions fixé dans les conditions prévues au même article. »

III.- Aux articles L. 1142-14 et L. 1142-17 du code de la santé publique, la référence : « L. 351-11 » est remplacée par la référence : « L. 341-6 ».

IV.- Au g 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, la première occurrence du mot : « année » est remplacée par le mot : « période ».

Exposé des motifs

Le déficit des comptes publics a progressé de 4,8 % du PIB en 2022 à 5,5 % en 2023, ce qui nécessite des mesures d'ampleur pour retourner à moyen terme sous les 3 % de déficit.

Parmi les différentes composantes des dépenses publiques, les dépenses de retraite, qui représentent 13,5 % du PIB en 2024, présentent une trajectoire qui reste déséquilibrée, malgré les effets de la réforme des retraites. Cela concerne notamment le régime général : après trois années d'excédent de 2016 à 2018 sous l'effet des réformes précédentes, le solde de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) est devenu négatif en 2019 (-1,4 Md€) et son déficit s'est creusé en 2020 (-3,7 Md€), à la suite de la crise sanitaire. En 2021, du fait de la reprise économique, le résultat s'est fortement amélioré à -1,1 Md€. En 2022, la forte inflation et la revalorisation anticipée de juillet 2022 ont tiré les dépenses à la hausse – tandis que les recettes étaient moins dynamiques, creusant le déficit qui a atteint 2,9 Md€. En 2023, les conséquences favorables sur les recettes ont permis de ramener le déficit à -1,3 Md€, mais la revalorisation importante des pensions en 2024 dégradera de nouveau fortement le résultat qui s'établira à -5,5 Md€.

En période d'inflation forte, les pensions de retraites ont été protégées des conséquences de celle-ci, non seulement du fait du mécanisme d'indexation sur l'inflation, mais aussi de la revalorisation anticipée des pensions dès juillet 2022. Du fait de cette indexation sur l'inflation, les pensions ont finalement progressé plus rapidement que le salaire moyen par tête (SMPT), qui n'a lui augmenté que de 3,5% en 2022 et de 4,4% en 2023, tandis que l'inflation sur laquelle les pensions sont indexées progressait de 5,3% et 4,8%. Ainsi, au titre de ces deux années, un écart cumulé de l'ordre de 2 points peut être observé entre les salaires et les prix*, écart dont les retraités sont par définition protégés. Or, le niveau de revenu disponible (après impôts et cotisations) des ménages de plus de 65 ans en France était quasiment égal en 2020 au revenu moyen disponible calculé sur la totalité de la population (99,8 % du revenu moyen), un taux parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. Dans ce contexte, il est nécessaire, pour assurer la soutenabilité des dépenses de pension, et désormais possible, du fait du recul de l'inflation, de modérer la progression des pensions en 2025 en reportant du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse, tout en conservant une revalorisation calculée sur une période de douze mois. Ce décalage dans le temps de la revalorisation concernera les pensions de droits propre et dérivé (hors condition de ressource), y compris celles applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle emporte également un décalage de la date de revalorisation des pensions du régime de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec) et du régime complémentaire des indépendants, qui sont liées à la date de revalorisation des pensions du régime général. Elle permettra une économie de 2,9 Md€ sur les pensions à compter de 2025, net de l'effet retour en CSG pour la sécurité sociale.

Cette mesure ne s'appliquerait cependant pas à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ni aux allocations du minimum vieillesse (ASV), qui resteront revalorisées au 1^{er} janvier.

*Une autre approche consiste à considérer les effets du choc inflationniste 2022-2023 à fin 2024. Ainsi, en cumulé sur la période 2022-2024, l'indexation des pensions a atteint +11 pts, et l'évolution du SMPT a également atteint +11pts cumulés sur cette période, en corrigeant des effets de l'activité partielle. Toutefois, la progression tendancielle du SMPT dépasse traditionnellement celle des prix du fait des gains de productivité qui se répercutent, en plus des prix, dans les salaires, à hauteur de 1 pt par an en moyenne. Ainsi, en écart à une telle situation contrefactuelle, tenant compte également des gains de productivité, il peut être considéré qu'à fin 2024 les salaires ont accumulé un retard qui s'élèverait même à près de trois points par rapport à la revalorisation des pensions.

Article 24**[Améliorer l'indemnisation en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel]**

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

1° Au début de la première section du chapitre IV du titre III du livre IV, avant l'article L. 434-1, est inséré un article L. 434-1-A ainsi rédigé :

« *Art. L. 434-1-A.* – L'indemnisation de l'incapacité permanente dont est atteinte la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle comprend celle due au titre de son incapacité permanente professionnelle ainsi que celle due au titre de son incapacité permanente fonctionnelle.

« Le taux de l'incapacité permanente professionnelle est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge et les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'incapacité professionnelle des accidents du travail et maladies professionnelles déterminé par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé.

« Le taux de l'incapacité permanente fonctionnelle est déterminé en fonction des atteintes persistant après la consolidation qui relèvent du déficit fonctionnel permanent, à partir d'un barème indicatif déterminé par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé. »

2° A l'article L. 434-1 :

a) Au premier alinéa :

- après les mots : « une incapacité permanente » est inséré le mot : « professionnelle » ;

- à la fin, sont ajoutés les mots : « Elle est constituée : » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° D'une part correspondant à la perte de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité. Son montant est déterminé, en fonction du taux d'incapacité permanente professionnelle de la victime, par un barème forfaitaire fixé par décret et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Elle est révisée lorsque le taux d'incapacité permanente professionnelle de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé. Cette part est due même si la date de consolidation intervient alors que la victime est bénéficiaire d'une pension de retraite. » ;

c) Après le deuxième alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 2° D'une part correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime. Son montant est déterminé, en fonction du taux d'incapacité permanente fonctionnelle de la victime, par un barème forfaitaire fixé par décret et revalorisé chaque année au 1^{er} avril par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Elle est révisée lorsque le taux d'incapacité permanente fonctionnelle de la victime augmente. » ;

3° L'article L. 434-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa :

- au début est insérée la référence : « I. » ;

- après les mots : « l'incapacité permanente » est inséré le mot : « professionnelle » ;

- les mots : « égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. » sont remplacés par le mot : « composée : » ;

c) Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 1° D'une part correspondant à la perte de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité. Elle est égale au taux d'incapacité permanente professionnelle multiplié par le salaire annuel tel qu'issu de l'application de la formule dégressive mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 434-16, ou, si ce salaire annuel est inférieur à un montant minimum déterminé au 1^{er} avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, par ce montant minimum. Le taux d'incapacité permanente professionnelle peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité des lésions. Cette part est due même si la date de consolidation intervient alors que la victime est bénéficiaire d'une pension de retraite.

« 2° D'une part correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime. Elle est égale au nombre de points d'incapacité permanente fonctionnelle multiplié par un pourcentage d'une valeur de point fixée par un référentiel prenant en compte l'âge de la victime. Ce pourcentage et ce référentiel sont définis par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé. Lorsque l'incapacité permanente fonctionnelle est supérieure ou égale à un taux minimum, cette part peut être partiellement versée en capital dans des conditions définies par arrêté. » ;

d) Au troisième alinéa :

- au début est insérée la référence : « II. » ;

- à la première phrase, après les mots : « l'incapacité permanente », est inséré le mot : « professionnelle » ;

e) Au quatrième alinéa :

- au début est insérée la référence : « III. » ;

- à la première phrase, les mots : « deuxième alinéa » sont remplacés par la référence « 1° du I » ;

- à la deuxième phrase, après les mots : « d'incapacité permanente », est inséré le mot : « professionnelle » ;

- à la troisième phrase, après les mots : « montant de », sont insérés les mots : « la part professionnelle de » ;

f) Au cinquième alinéa :

- au début, est ajoutée la référence : « IV » ;

- à la première phrase, la première occurrence du mot : « invalidité » est remplacée par le mot : « incapacité » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 434-15, après les mots : « une incapacité permanente », est inséré le mot : « professionnelle » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 434-16 du même code, la référence : « quatrième alinéa » est remplacée par la référence : « III » ;

6° A la fin de l'article L. 434-17, est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « La part versée en capital mentionnée au I de l'article L. 434-2 est exclue de la revalorisation. » ;

7° Le troisième alinéa de l'article L. 452-2 est ainsi modifié :

a) La première occurrence du mot : « le » est remplacée par les mots : « La majoration porte sur la part professionnelle et la part fonctionnelle visées respectivement au 1° et au 2° de l'article L. 434-2. Le » ;

b) Après les mots : « de la majoration », sont insérés les mots : « de la part professionnelle » ;

c) Les mots : « rente majorée » sont remplacés par les mots : « part professionnelle majorée » ;

d) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de la majoration de la part fonctionnelle est fixé de telle sorte que la part fonctionnelle majorée allouée à la victime ne puisse excéder le montant total du nombre de points d'incapacité fonctionnelle multiplié par la valeur du point fixé par le référentiel du 2° de I de l'article L. 434-2. » ;

8° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 452-3 est ainsi modifiée :

a) Après les mots : « la réparation », sont insérés les mots : « de l'ensemble des préjudices n'ayant pas fait l'objet d'une réparation forfaitaire au titre du présent livre, notamment » ;

b) Après les mots : « par elle endurées », sont insérés les mots : « avant la date de consolidation ».

II. – Une commission des garanties, composée au sein de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-5 du code de la sécurité sociale, est consultée sur les textes d'application des dispositions mentionnées au I et est en charge d'en suivre la mise en œuvre.

Cette commission est instituée jusqu'à la fin de la quatrième année qui suit l'entrée en vigueur des dispositions prévues au I.

III. – Les dispositions du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juin 2026. Elles s'appliquent aux victimes dont l'état est consolidé à compter de cette date.

Exposé des motifs

La réparation des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) repose sur des principes issus d'un compromis social historique et traduit dans les lois de 1898, 1919 et 1946, qui fondent ce régime sur une logique de réparation forfaitaire rapide et automatique, décorrélée de la notion de faute.

Les partenaires sociaux ont réaffirmé fermement leur attachement à ces principes dans l'accord national interprofessionnel (ANI) du 15 mai 2023, signé à l'unanimité des organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeurs représentatives aux niveaux national et interprofessionnel et intitulé « *Branche AT/MP : un consensus social réaffirmé par une prévention ambitieuse, une réparation améliorée et une gouvernance paritaire renforcée* ».

Dans cet accord, les partenaires sociaux insistent sur l'impératif d'apporter des évolutions à la réparation pour « *y apporter des améliorations, lui rendre sa robustesse et assurer ainsi sa pérennité* » et « *appellent le législateur à prendre toutes les mesures nécessaires afin de garantir que la nature duale de la rente AT/MP ne soit pas remise en cause* ». Plus précisément, les partenaires sociaux ont souligné que « *le rétablissement du caractère dual de la rente ne peut consister simplement à affirmer qu'elle indemnise également le Déficit Fonctionnel Permanent (DFP), comme c'était le cas antérieurement à la jurisprudence* » et souhaité que le caractère dual de l'indemnisation se matérialise « *au travers de modalités d'indemnisation spécifiques du DFP, décorrélées – pour l'indemnisation de ce dernier – du salaire de la victime* ». A la suite d'un groupe de travail qui a mené ses travaux au cours du premier semestre 2024, les partenaires sociaux ont précisé leurs ambitions pour aboutir à une proposition de mesure en vue du PLFSS (relevé de décision du 25 juin 2024).

La mesure améliore donc le régime d'indemnisation AT/MP en garantissant la nature duale de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui doit couvrir à la fois le préjudice économique et une part des préjudices extra-professionnels de la victime. Ainsi, les victimes AT/MP de droit commun percevront une rente couvrant de manière certaine ces deux types de préjudices, la mesure prévoyant de compléter l'indemnisation actuelle du préjudice professionnel par une indemnisation distincte du préjudice personnel. Le présent article précise également l'indemnisation du préjudice fonctionnel en cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE).

Ce faisant, la mesure tire clairement les conséquences du revirement récent de jurisprudence de la Cour de cassation. En effet, par deux arrêts du 20 janvier 2023, la Cour de cassation a jugé que la rente, dont le mode de calcul dépend du salaire de la victime, indemnise exclusivement un préjudice de nature professionnelle. Elle a ainsi estimé que la rente forfaitaire propre aux AT/MP n'indemnise pas le déficit fonctionnel permanent, c'est-à-dire - selon la nomenclature « Dintilhac un préjudice personnel post-consolidation composé des trois éléments : les atteintes aux fonctions physiologiques, les douleurs physiques et morales permanentes ainsi que la perte de qualité et les troubles dans les conditions d'existence. Face au risque de judiciarisation imposant aux victimes l'engagement de procédures contentieuses pour obtenir l'indemnisation de leur préjudice personnel, la redéfinition du caractère dual de la rente et l'évolution du mode de calcul de cette dernière apparaissent donc indispensables.

Cette mesure, dont les paramètres financiers seront précisés par voie réglementaire, conduira à une hausse du montant moyen des rentes AT/MP.

La présente mesure s'applique aux assurés dont l'état de santé est consolidé à partir du 1^{er} juin 2026.

TITRE II
**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES
ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

Article 25

[Dotations de l'assurance maladie et de la CNSA au FMIS, de l'assurance maladie à l'ONIAM, au FIVA et au FCAATA, de la CNSA aux ARS, transfert compensation sous-déclaration AT/MP et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité]

I. – Les montants des participations au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnées au V de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 sont fixés pour l'année 2025 à :

- 633 millions d'euros pour les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- 86 millions d'euros pour la branche autonomie du régime général.

II. – Le montant de la contribution de la branche autonomie du régime général au financement des actions des agences régionales de santé ns concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 190 millions d'euros pour l'année 2025.

III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 181,2 millions d'euros pour l'année 2025.

V.- Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 465 millions d'euros au titre de l'année 2025.

VI.- Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 453 millions d'euros au titre de l'année 2025.

VII.- Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,6 milliard d'euros au titre de l'année 2025.

VIII.- Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 220,7 millions d'euros et 9,7 millions d'euros pour l'année 2025.

Exposé des motifs

Depuis sa création en 2021, le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) est le vecteur principal de financement du volet « investissements » du Ségur de la santé pour les volets sanitaire et, dans une moindre mesure, numérique. Ce fonds permet également le financement d'autres actions relatives à l'accompagnement de l'investissement, hors Ségur. A ce titre, les régimes obligatoires d'assurance maladie et la branche autonomie contribuent au budget du FMIS dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

La présente mesure fixe à 190 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé (ARS) au titre de l'exercice 2025 pour financer un certain nombre de dispositifs d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie.

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Le montant de cette dotation, fixé à 181,2 millions d'euros, a été calculé pour l'année 2025 en fonction de la prévision de dépenses pour 2024.

Le présent article fixe par ailleurs les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP, ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant le FIVA, l'année 2024 a été marquée par une augmentation notable des demandes d'indemnisation. Ainsi, le nombre de nouveaux dossiers déposés a augmenté de plus de 16% par rapport à la même période en 2023. Ce mouvement marque une inversion de tendance par rapport aux deux années précédentes qui avaient connu une baisse. Au-delà de l'effet volume, les montants d'indemnisation sont également en progression en raison de plusieurs facteurs : la prise en compte depuis 2023 des conséquences de la jurisprudence de la Cour de cassation sur l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent, la revalorisation du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux de même que la revalorisation des rentes servies par le fonds. Dans ce contexte, la prévision d'exécution des dépenses d'indemnisation est supérieure à la prévision initiale et le fonds de roulement pourrait être consommé en fin d'année.

Pour l'année 2025, il est envisagé une poursuite de la progression du nombre de nouvelles demandes même si elle devrait être moins forte qu'en 2024. Le montant total des dépenses est ainsi évalué à 513 millions d'euros dont 442 millions d'euros pour les dépenses d'indemnisation. Compte tenu d'une dotation de fonctionnement de l'État maintenue à hauteur de 8 millions et des autres produits du fonds, il est proposé de fixer la dotation de la branche AT/MP à 465 millions d'euros, afin de couvrir les dépenses d'indemnisation de l'année à venir et compenser le résultat déficitaire de 2024 en restaurant le fonds de roulement à un niveau prudentiel correspondant à un mois de dépenses d'indemnisation.

S'agissant du FCAATA, la hausse des dépenses du fonds, observée en 2024 et marquant une rupture de tendance, devrait se poursuivre en 2025. Cette hausse des dépenses s'explique principalement par une hausse du nombre d'entrées et du stock moyen d'allocataires de l'ACAATA. Plusieurs facteurs contribuent à ce phénomène : l'inscription de nouveaux établissements sur les listes notamment des ports pour lesquels la période retenue a également été étendue (arrêtés du 27 décembre 2021 et du 29 décembre 2022), un effet incitatif au recours au dispositif liée au décalage de l'âge d'ouverture des droits à retraite (Loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023) et, dans une moindre mesure, la publication du tableau 30 *ter* « cancers du larynx et de l'ovaire suite à l'inhalation des poussières d'amiante » (décret du 14 octobre 2023). Dans ce contexte, marqué par un résultat cumulé déficitaire (à hauteur de 50 M€), il est proposé de calibrer la dotation 2025 de la branche AT/MP à hauteur de 453 millions d'euros afin d'assurer l'équilibre du résultat cumulé.

La commission d'évaluation de la sous-déclaration des AT/MP, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, s'est tenue au premier semestre 2024. Celle-ci a évalué le montant de la sous-déclaration des AT/MP, sur la base des données scientifiques et épidémiologiques les plus récentes, dans une fourchette comprise entre 2 Md€ et 3,7 Md€. Le montant est ainsi revu à la hausse par rapport à l'estimation à laquelle avait procédé la précédente commission en 2021 (entre 1,2 Md€ et 2,1 Md€), compte tenu de l'actualisation des études scientifiques sur la prévalence des différentes pathologies et leur lien avec l'activité professionnelle notamment celles relatives aux troubles musculo-squelettiques et aux cancers, ainsi que la hausse des coûts de prise en charge, et dans une moindre mesure par l'évolution de la population du régime général. Aussi, il est proposé de relever graduellement le montant du versement annuel de la branche AT/MP au titre de la sous-déclaration et de le fixer à 1,6 Md€ pour 2025. Le montant du transfert vers la branche maladie augmentera par la suite progressivement pour atteindre la fourchette basse de l'estimation de la commission, soit 2 Md€.

En outre, en application de l'ordonnance du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime général à 220,7 millions d'euros en 2025 :

- 116 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente,
- 105 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime des salariés agricoles à 9,7 millions d'euros en 2025, soit à 9,2 millions d'euros au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente et à 0,5 million d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 26

[Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès]

Pour l'année 2025, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 260,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

La progression des dépenses de la branche maladie, en hausse de 2,8 % par rapport à 2024, évolue pour l'essentiel comme l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dont la progression est décrite à l'article suivant.

Article 27
[ONDAM et sous-ONDAM]

Pour l'année 2025, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	111,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	108,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,6
Autres prises en charge	3,5
Total	263,9

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2025 est fixé à 263,9 milliards d'euros, soit une évolution de +2,8 % par rapport à 2024 à champ constant, et intègre 0,5 milliard d'euros au titre du Covid (montant stable par rapport à 2024). Cette progression comprend notamment le financement des mesures issues des négociations conventionnelles en ville, dont la nouvelle convention médicale signée en juin 2024, et la compensation aux établissements sanitaires et médico-sociaux de la hausse du taux des cotisations dues par les employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Le respect de cet objectif repose sur les mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude ainsi que sur un objectif d'efficience important et porté à près de 5 milliards d'euros comprenant des mesures de régulation prenant la forme d'économies notamment sur les produits de santé, les secteurs de la biologie et de l'imagerie ainsi que sur les indemnités journalières, ou encore des mesures de responsabilisation des assurés qui pourront être prises par la voie réglementaire. Ces économies seront documentées par des mesures destinées à renforcer l'efficience des soins dispensés en ville et en établissements, par des actions de régulation du prix et des volumes de produits de santé

Article 28
[Objectif de dépenses de la branche AT/MP]

Pour l'année 2025, l'objectif de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles est fixé à 17,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

L'objectif de dépense de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base est fixé à 17,0 milliards d'euros, soit une hausse de 1,0 milliard d'euros (+ 6,3 %) par rapport à 2024.

Article 29

[Objectif de dépenses de la branche vieillesse]

Pour l'année 2025, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse est fixé à 300,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale progressent de 2,2 % entre 2024 et 2025.

Article 30
[Objectif de dépenses de la branche famille]

Pour l'année 2025, l'objectif de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale est fixé à 59,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille augmentent de 1,8 milliards d'euros entre 2024 et 2025, soit une hausse de 3,1 %.

Article 31
[Objectif de dépenses de la branche autonomie]

Pour l'année 2025, l'objectif de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale est fixé à 42,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie. L'objectif de dépenses pour 2025 de cette branche est fixé à 42,4 milliards d'euros, en augmentation de 6,0 % par rapport à 2024.

Article 32
**[Prévisions des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires (FSV)]**

Pour l'année 2025, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	21,3

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient augmenter de 0,7 milliard d'euros par rapport à 2024.

ANNEXE

RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES ANNEES 2025 A 2028

Le solde des régimes obligatoires de base a connu une dégradation sans précédent en 2020 sous l'effet des dépenses occasionnées par la crise sanitaire et de la récession qui l'a suivie, et a atteint le niveau de - 39,7 milliards d'euros. Il s'est redressé en 2021 à - 24,3 milliards d'euros, sous l'effet de la reprise progressive de l'activité. L'amélioration s'est poursuivie en 2022, à la faveur d'un recul important des coûts liés à la Covid-19 mais pour cette année dans un contexte marqué par le début d'une forte poussée de l'inflation, le solde de ces régimes atteignant - 19,7 milliards d'euros, puis de nouveau en 2023, marquée par une quasi-extinction de dépenses de crise, avec un solde à - 10,8 milliards d'euros.

Le déficit repartirait à la hausse en 2024 (- 18,0 milliards d'euros), du fait de la croissance des prestations induite par l'inflation enregistrée en 2023, avec notamment une revalorisation de 5,3 % des pensions de retraite au 1^{er} janvier, alors que la masse salariale croîtrait de 3,2 % seulement (après 5,7 % en 2023) (I). Le solde de la sécurité sociale bénéficie néanmoins de l'affectation à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG) en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), prévue par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, ainsi que des effets graduels de la réforme des retraites liés au relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits et à l'accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance. La trajectoire présentée dans cette annexe traduit enfin la mise en œuvre des mesures proposées dans la présente loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (II). D'ici 2028, le déficit atteindrait 19,9 milliards d'euros: si les dépenses ralentiraient chaque année à partir de 2025 du fait de la normalisation de l'inflation, les perspectives d'évolution spontanée des recettes ne permettraient pas de résorber le déficit né initialement de la crise. Les mesures nouvelles en dépenses et en recettes permettraient cependant d'éviter l'accroissement du déficit, avec notamment, dès 2025, une réduction des allègements généraux rapportant 4 milliards d'euros à la sécurité sociale, une nouvelle hausse, du taux des cotisations dues par les employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL) et un décalage à juillet de la date de revalorisation des pensions, permettant d'économiser 3 milliards d'euros sur leur masse (sans compter le gain d'un milliard, conventionnellement neutralisé dans la présentation des comptes de la sécurité sociale, au titre des retraites de la fonction publique de l'Etat). Deux branches concentreraient l'essentiel du déficit à moyen terme : la branche maladie, du fait notamment des dépenses pérennes nées à l'occasion de la crise sanitaire, et la branche vieillesse malgré une montée en charge graduelle des mesures paramétriques de la réforme des retraites (III).

I. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 s’inscrit dans un contexte macroéconomique de retour de l’inflation sous les 2 %, d’une croissance qui redémarrerait progressivement dans un contexte d’effort significatif sur la dépense publique et les recettes.

L’hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) qui a été retenue est de 1,1 % en 2025, après une évolution identique en 2024. Le rythme de l’inflation repasserait durablement sous 2 %, qui est la cible poursuivie par les autorités monétaires, et, après les niveaux très élevés observés en 2022 et 2023 (respectivement 5,3 % et 4,8 % d’évolution de l’indice des prix à la consommation hors tabac en moyenne annuelle) atteindrait 1,8 % en 2025 (après 2,0 % en 2024). À moyen terme, la croissance effective du PIB serait supérieure à son rythme potentiel de 1,2 % par an et atteindrait 1,5 % par an en 2027 et 2028. La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de l’évolution des recettes de la sécurité sociale, progresserait de 3,2 % en 2024 et de 2,8 % en 2025, avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel proche de 3,4 % par an.

Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l’élaboration des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
PIB en volume	0,9 %	1,1 %	1,1 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %
Masse salariale du secteur privé*	5,7 %	3,2 %	2,8 %	3,1 %	3,4 %	3,4 %
Inflation hors tabac	4,8 %	2,0 %	1,8 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
Revalorisations au 1 ^{er} janvier (puis au 1 ^{er} juillet à compter de 2025) en moyenne annuelle**	2,8 %	5,3 %	0,9 %	1,8 %	1,75 %	1,75 %
Revalorisations au 1 ^{er} avril en moyenne annuelle**	3,6 %	3,9 %	2,6 %	1,8 %	1,75 %	1,75 %
ONDAM ***	0,3 %	3,3 %	2,8 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

* Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d’achat et prime de partage de la valeur ajoutée. Y compris ces éléments de rémunération, la progression de la masse salariale attendue est de 2,9 % en 2024.

** Evolutions incluant, pour l’année 2023, les effets en moyenne annuelle de la revalorisation anticipée au 1^{er} juillet 2022 de 4,0 % et tenant compte pour 2025, d’une revalorisation prévue à 1,8 % au 1^{er} juillet.

*** Evolution de l’ONDAM y compris dépenses de crise sanitaire. Sans prise en compte de ces dépenses, l’évolution de l’ONDAM est de 4,8 % en 2023.

La trajectoire présentée dans cette annexe repose sur les mesures adoptées par la présente loi de financement de la sécurité sociale, avec un solde qui atteindrait -16,0 milliards d'euros en 2025.

La trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) intègre une rectification de 1,2 milliard d'euros (soit l'équivalent de 0,4 point) de l'objectif fixé pour 2024 par la loi de financement initiale, du fait notamment d'une progression plus dynamique que prévu des dépenses de soins de ville, en particulier au titre des indemnités journalières et des actes des médecins spécialistes, et d'un coût prévisionnel plus élevé que prévu de 0,3 milliard des dépenses demeurant identifiées au titre de la gestion de la Covid-19. Par rapport à cette base rectifiée, l'ONDAM fixé dans la LFSS pour 2025 évolue de 2,8 %, y compris dépenses liées à la Covid-19, lesquelles seraient stables d'une année sur l'autre, se situe en hausse de 2,8 %. Mesuré en tenant compte des mesures nouvelles mais avant mesures d'économies, le taux de progression de l'ONDAM en 2025 atteindrait 4,7 %. Cette évolution intègre notamment l'effet sur les dépenses de soins de ville de la nouvelle convention médicale signée en juin 2024, et les conséquences pour l'hôpital et les établissements médico-sociaux d'une nouvelle hausse de taux des cotisations dues par les employeurs à la CNRACL. Le taux de progression de l'ONDAM serait ramené au taux précité de 2,8 % par des mesures d'économies, portant à la fois sur les dépenses au titre des soins de ville, des produits de santé et des établissements sanitaires et médico-sociaux, d'un montant total de 4,9 milliards d'euros, auxquelles s'ajoutent les actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude déjà intégrées dans l'évaluation tendancielle de 4,7 %. L'ONDAM 2025 inclut par ailleurs une provision de 0,5 milliard d'euros au titre de la gestion de la Covid-19.

La trajectoire financière des régimes de retraite de base intègre les effets des mesures de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, portant un relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits de 62 ans à 64 ans, au rythme d'un trimestre par génération à compter du 1^{er} septembre 2023, et une accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension à taux plein, au rythme d'un trimestre par génération, contre un trimestre toutes les trois générations antérieurement. Cette trajectoire intègre également les effets des mesures d'accompagnement de la réforme en matière de départs anticipés (pour carrières longues, invalidité, inaptitude, handicap, usure professionnelle notamment), des revalorisations des petites pensions, actuelles et futures, ainsi que du renforcement de certains droits familiaux (meilleure prise en compte des indemnités journalières maladie dans le salaire de référence, surcote un an avant l'âge légal à compter de 63 ans pour les mères et pères de familles ayant atteint les conditions fixées pour le bénéfice d'une pension à taux plein). Elle intègre aussi les effets des hausses des taux des cotisations vieillesse dues par les employeurs privés, cette hausse étant compensée pour ces derniers par une baisse à due concurrence des cotisations au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), et de celles, déjà évoquées, dues par les employeurs territoriaux et hospitaliers, à hauteur de 4 points par an en 2025, 2026 et 2027. Enfin, elle tient compte du décalage de janvier à juillet de la date de revalorisation des retraites à partir de 2025.

La trajectoire financière de la branche famille intègre, sur un horizon pluriannuel, les effets de la réforme du service public de la petite enfance et de celle du complément de mode de garde votée en LFSS pour 2023, ainsi que de l'augmentation de l'allocation de soutien familial intervenue en novembre 2022.

La trajectoire financière de la branche autonomie intègre une progression de 4,7 % à champ constant de l'objectif global des dépenses (OGD) en 2025, permettant de financer des mesures salariales d'une part et l'accroissement de l'offre médico-sociale face aux besoins démographiques d'autre part. Elle tient compte également de l'entrée en application en 2025 de l'expérimentation de la réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD). S'agissant des dépenses hors du champ de OGD, la trajectoire intègre la montée en charge des mesures des LFSS pour 2022 et 2023, portant notamment sur la création et l'indexation d'un tarif plancher pour l'aide à domicile, la mise en place d'une dotation qualité, ainsi que de temps dédiés au lien social auprès des aînés bénéficiant d'un plan d'aide à domicile. Elle intègre également le déploiement du soutien financier à la mobilité des aides à domicile prévu dans la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie. La trajectoire tient compte également, depuis 2024, de l'affectation à la branche autonomie de 0,15 point de CSG en provenance de la CADES.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis n° HCFP - 2024 – 3 du 8 octobre 2024 relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2025, indique que les prévisions de croissance, de masse salariale et d'inflation pour 2024 sont « réalistes ». Il estime en revanche que la prévision de masse salariale pour 2025, grandeur clé pour la trajectoire des comptes sociaux, est « un peu optimiste » en lien avec une prévision de croissance « un peu élevée » dans le contexte de l'important effort de redressement des comptes publics qui conduit le Haut Conseil à juger le scénario macroéconomique pour 2025 globalement « fragile ». L'inflation projetée pour 2025 est jugée « un peu élevée ». S'agissant des prévisions de recettes, le Haut Conseil estime qu'elles sont « cohérentes » avec le scénario macroéconomique, et spécifiquement s'agissant des cotisations sociales qu'elles sont « plausibles » en 2024, et que la prévision est même « prudente » en 2025. S'agissant des dépenses, et en particulier la progression de l'ONDAM de 2,8% en 2025 qui repose sur 4,9 Md€ d'économies, le Haut Conseil souligne la « difficulté à générer des économies de cette ampleur, sur lesquelles le Haut Conseil ne dispose que de peu d'information, [qui] le conduit à considérer que la trajectoire d'ONDAM pour 2025 apparaît très optimiste ».

II. – La trajectoire financière traduit un effort de redressement sans précédent à la mesure des enjeux de soutenabilité des comptes sociaux.

En 2024, la situation financière de l'ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) se dégraderait, le solde atteignant -18,0 milliards d'euros, après - 10,8 milliards d'euros en 2023. Cette dégradation intervient alors que le solde s'était nettement redressé depuis le point bas atteint en 2020 au plus fort de la crise sanitaire (-39,4 milliards d'euros). Dans le sillage des évolutions de la masse salariale, les recettes progresseraient en 2024 à un rythme de 4,2 %, en ralentissement après + 4,8 % en 2023, malgré le renfort de 2,6 milliards d'euros de CSG au titre du transfert déjà cité de 0,15 point de CSG en provenance de la CADES, alors que les dépenses accélèreraient (+5,3 % en 2025 après +3,1 % en 2024) en raison notamment de l'indexation des prestations : la progression des recettes serait ainsi en phase avec la modération de l'inflation à l'œuvre à compter de 2024, tandis que les dépenses continueraient de subir avec un an de décalage le contexte de l'inflation, toujours élevée, observée pour 2023.

Le solde atteindrait 16,0 milliards d'euros en 2025, en amélioration de 2 milliards d'euros par rapport à 2024. Sur cette année et dans le sillage de l'évolution de l'inflation en 2024, qui conduirait à une revalorisation, décalée au 1^{er} juillet, des pensions de retraite à hauteur de 1,8 %, et des prestations revalorisées au 1^{er} avril à hauteur de 1,9 %, les dépenses globales ralentiraient (avec une évolution de +2,8 % pour cette année 2025). Les dépenses relevant de l'ONDAM progresseraient par ailleurs de 2,8 %, après 3,3 % en 2024. Les recettes croîtraient de 3,2 %, soutenues par une hausse de 2,8 % de la masse salariale du secteur privé et par les mesures de la loi de financement : à titre principal, la réduction des allègements généraux de cotisations patronales *via* l'abaissement des points de sortie des réductions des cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales respectivement à 2,2 et 3,2 fois la valeur du SMIC d'une part, et la baisse de 2 points du taux de ces allègements au niveau du SMIC d'autre part ; et la hausse de 4 points du taux des cotisations dues par les employeurs à la CNRACL.

À partir de 2026 et jusqu'à l'horizon 2028, le solde se dégraderait, malgré une progression de l'ONDAM inférieure à 3 %, la montée en charge progressive des effets de la réforme des retraites, deux nouvelles hausses du taux de cotisation à la CNRACL en 2026 et 2027 et l'impact favorable de l'extinction progressive de la déduction forfaitaire spécifique de l'assiette des cotisations dues au titre de l'emploi des salariés dans certains secteurs et de la réforme de l'assiette de prélèvements des travailleurs indépendants. Le déficit atteindrait ainsi près de 20 milliards d'euros à l'horizon 2028.

III. – D'ici 2028, les branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale connaîtraient des évolutions différenciées.

La branche **maladie** verrait son déficit se creuser en 2024, avec un solde atteignant -14,6 milliards d'euros après -11,1 milliards d'euros en 2023, sous les effets d'une progression de l'ONDAM de 3,3 % alors que les recettes de la branche seraient particulièrement pénalisées par la modération de la progression de la TVA (+2,7 % en 2023 et +2,0 % en 2024). En 2025, le déficit de l'assurance maladie se résorberait légèrement (-13,4 milliards d'euros), la branche bénéficiant de la réduction des allègements généraux de cotisations sociales. À l'horizon 2028, son déficit se stabiliserait à environ 15 milliards d'euros.

La branche **autonomie** verrait son solde repasser en excédent en 2024, à 0,9 milliard d'euros, sous l'effet de l'apport d'une fraction de CSG de 0,15 point supplémentaire de la part de la CADES, en application de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. Le solde de la branche redeviendrait négatif en 2025 (-0,4 Md€), et se dégraderait par la suite, en raison des effets de la création de 50 000 postes en EHPAD à l'horizon 2030, de la mise en place, à ce même horizon, de 50 000 solutions nouvelles pour les personnes en situation de handicap et leurs proches, et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile. La branche assurera par ailleurs le financement de la mesure adoptée dans le cadre de la réforme des retraites visant à une meilleure prise en compte, dans la durée cotisée, des périodes de congés de proche aidant.

L'excédent de la branche **AT/MP** serait divisé de moitié en 2024, en s'établissant à 0,7 milliard d'euros, après 1,4 milliards d'euros en 2023, du fait de la baisse du taux de cotisations prévu par la réforme des retraites en contrepartie de celles de la branche vieillesse, avec un pas supplémentaire en 2026. Par ailleurs, la branche devra financer la réévaluation à la hausse du coût de la sous-déclaration en vertu du rapport remis au Parlement à l'été 2024, portant le transfert de 1,2 milliard d'euros en 2024 à 2,0 milliards d'euros d'ici 2027. Le solde de la branche deviendrait ainsi négatif à compter de 2026. De plus, la branche prendrait en charge de nouvelles dépenses liées à la meilleure prise en compte, à l'issue de la réforme des retraites, de la pénibilité et de l'usure professionnelle, ainsi que le coût lié à l'amélioration de l'indemnisation de l'incapacité permanente en cas de faute inexcusable de l'employeur.

À partir de 2024, le solde de **la branche vieillesse** serait directement affecté par une augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite mais bénéficierait de la hausse progressive de l'âge effectif de départ du fait des dispositions votées dans le cadre de la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Le solde de la branche serait également particulièrement sensible au contexte d'inflation, et se dégraderait en 2024 (en atteignant - 6,3 milliards d'euros après -2,6 milliards en 2023) en dépit de recettes dynamiques (+5,5 %), ses dépenses étant attendues en hausse de 6,8 %. La situation cumulée de la branche et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), s'améliorerait en 2025 du fait de la mesure de décalage de la revalorisation des pensions au 1^{er} juillet, de l'apport de recettes lié à la hausse du taux de cotisations dues par les employeurs à la CNRACL et de la refonte des allègements généraux. À l'horizon 2028, le déficit de la branche vieillesse (régimes obligatoires de base et FSV) atteindrait - 6,1 milliards d'euros. Ce solde bénéficierait des dispositions de la réforme des retraites de 2023 à hauteur d'un montant global de 8,0 milliards d'euros sur ce champ en 2028. Il est à noter que les excédents des régimes complémentaires de retraite permettent que le solde apprécié sur l'ensemble des régimes soit favorable et que les effets de la réforme votée au printemps 2023 continueront de monter en charge jusqu'en 2032.

La branche famille verrait son excédent se réduire en 2024 de plus de moitié, à 0,4 milliard d'euros, en lien avec la montée en charge des objectifs poursuivis en matière de petite enfance et de nouveau en 2025 avec la réforme du complément mode de garde introduite par la LFSS 2023. Le solde de la branche serait alors à l'équilibre en 2025 et deviendrait temporairement négatif en 2026 (-0,5 milliards d'euros). À l'horizon 2028, la branche renouerait avec les excédents, qui s'élèveraient à 0,9 milliard d'euros.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Maladie						
Recettes	232,8	239,0	247,4	254,2	262,0	269,5
Dépenses	243,9	253,6	260,8	268,3	276,2	284,4
Solde	-11,1	-14,6	-13,4	-14,2	-14,3	-14,9
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	16,8	16,7	17,1	17,0	17,6	18,1
Dépenses	15,4	16,0	17,0	17,4	18,2	18,6
Solde	1,4	0,7	0,2	-0,4	-0,6	-0,5
Famille						
Recettes	56,8	58,3	59,7	60,9	63,0	64,9
Dépenses	55,7	57,9	59,7	61,4	62,8	64,0
Solde	1,0	0,4	0,0	-0,5	0,2	0,9
Vieillesse						
Recettes	272,5	287,4	297,1	307,6	315,9	322,1
Dépenses	275,1	293,7	300,2	309,3	318,6	328,2
Solde	-2,6	-6,3	-3,1	-1,7	-2,7	-6,1
Autonomie						
Recettes	37,0	40,9	42,0	42,0	43,9	45,1
Dépenses	37,6	40,0	42,4	44,0	45,7	47,6
Solde	-0,6	0,9	-0,4	-1,9	-1,8	-2,5
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						
Recettes	598,5	624,2	644,4	662,4	682,1	699,1
Dépenses	610,4	643,0	661,1	681,0	701,2	722,1
Solde	-11,9	-18,9	-16,7	-18,6	-19,1	-23,0

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Recettes	20,4	21,4	22,0	22,8	23,5	24,2
Dépenses	19,3	20,6	21,3	21,9	21,6	21,1
Solde	1,1	0,8	0,7	0,9	1,9	3,1

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité
vieillesse

(en milliards d'euros)

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Recettes	600,0	625,3	645,4	663,6	684,3	702,5
Dépenses	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6	722,4
Solde	-10,8	-18,0	-16,0	-17,7	-17,2	-19,9

IV. Écarts à la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027

Les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et des organismes concourant à leur financement pour les années 2023 à 2027 figurant dans la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques (LPFP) pour les années 2023 à 2027 et celles décrits dans la présente annexe sont retracés dans le tableau suivant :

(en milliards d'euros)

Révisions des dépenses, champ ROBSS+FSV	2023	2024	2025	2026	2027
Dépenses prévues dans la LPFP 2023-2027 (1)	610,9	641,8	665,2	685,8	705,4
Dépenses prévues dans le présent rapport (2)	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6
Écarts (2)-(1)	-0,2	1,6	-3,7	-4,4	-3,9

En 2024, l'essentiel de l'écart reflète le relèvement projeté des dépenses relevant de l'ONDAM (pour 1,2 milliard d'euros). Pour 2025, l'effet base de cette hausse serait compensé par un taux d'évolution de l'ONDAM 2025 ramené à + 2,8 % (contre + 3,0 % dans la loi de programmation), même si jouerait néanmoins à la hausse un effet de périmètre de 0,6 milliard d'euros (au titre principalement de l'expérimentation de réforme du financement des EHPAD). En parallèle, le décalage de la date de revalorisation des pensions de retraites intervenant cette même année aurait un effet en termes de moindres dépenses à hauteur d'environ 4 Md€, expliquant l'essentiel de l'écart à la loi de programmation. Cette mesure expliquerait également la majeure partie des révisions attendues à l'horizon 2027. Dans une moindre mesure, la révision à la baisse des prévisions d'inflation (+2,0 % et +1,8 % en 2024 et 2025, contre +2,5 % et +2,0 % respectivement dans la loi de programmation) jouerait également, à travers la revalorisation des prestations, en termes de moindres dépenses.

En cumulé, les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de la loi de programmation et celles décrites dans la présente annexe s'élèvent à 1,4 milliards d'euros de dépenses supplémentaires en 2024. À compter de 2025, les dépenses seraient moindres avec un écart cumulé de - 2,3 milliards d'euros sur cette année, atteignant -10,6 milliards d'euros en 2027.