

N° 487

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 octobre 2024

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2025*
(n° 325)

PAR M. YANNICK NEUDER

Rapporteur général, rapporteur pour les recettes, l'équilibre général et la branche maladie, Député

M. GUILLAUME FLORQUIN

Rapporteur pour la branche autonomie, Député

M. LOUIS BOYARD

Rapporteur pour la branche famille, Député

MME. SANDRINE ROUSSEAU

Rapporteuse pour la branche vieillesse, Députée

M. JEAN-CARLES GRELIER

Rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, Député

TOME II
COMMENTAIRE DES ARTICLES
ET ANNEXES

SOMMAIRE

	Pages
COMMENTAIRE DES ARTICLES	7
<i>Article liminaire</i> : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2024 et 2025	7
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024	19
<i>Article 1^{er}</i> : Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2024	19
<i>Article 2</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs	27
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025	33
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	33
<i>Article 3</i> : 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.....	33
<i>Article 4</i> : Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales lié à l'emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi et relèvement du plafond d'exonération totale de 1,20 Smic à 1,25 Smic	45
<i>Article 5</i> : Cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille	52
<i>Article 6</i> : Réforme des allègements généraux de cotisations patronales.....	59
<i>Article 7</i> : Rationalisation des exonérations de cotisations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime, les jeunes entreprises innovantes et les jeunes entreprises de croissance	88
<i>Article 8</i> : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale.....	99
<i>Article 9</i> Clarifier les modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z.....	112

TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	133
<i>Article 10</i> : Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale	133
<i>Article 11</i> : Approbation, pour l'année 2025, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse	141
<i>Article 12</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2025.....	150
<i>Article 13</i> : Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources non permanentes auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recourir	155
<i>Article 14</i> : Approbation de l'annexe pluriannuelle dite « annexe A ».....	164
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025	173
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES	173
<i>Article 15</i> : Régulation des dépenses dans le champ conventionnel.....	173
<i>Article 16</i> : Extension du champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions... ..	188
<i>Article 17</i> : Améliorer l'efficacité des dépenses de transports de patients	195
<i>Article 18</i> : Plafonnement des rémunérations des personnels non médicaux exerçant en intérim	201
<i>Article 19</i> : Lutter contre les pénuries de produits de santé	208
<i>Article 20</i> : Pertinence des dispositifs médicaux numériques pris en charge par l'assurance maladie	225
<i>Article 21</i> : Modification des paramètres de l'expérimentation relative au modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	233
<i>Article 22</i> : Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles sur le régime général	242
<i>Article 23</i> : Décalage de la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse au 1 ^{er} juillet.....	258
<i>Article 24</i> : Améliorer l'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel.....	267
TITRE II – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	286
<i>Article 25</i> : Dotations des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, de la branche autonomie aux agences régionales de santé, de la branche maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.....	286

<i>Article 26</i> : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....	301
<i>Article 27</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs pour 2025	307
<i>Article 28</i> : Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	318
<i>Article 29</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2025	323
<i>Article 30</i> : Objectif de dépenses de la branche famille.....	330
<i>Article 31</i> : Objectifs de dépenses de la branche autonomie	334
<i>Article 32</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)	337
ANNEXES	343
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS	343
ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	351
ANNEXE N° 3 : LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION	355

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article liminaire

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2024 et 2025

Cet article établit les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des administrations de sécurité sociale (Asso) pour l'exercice en cours et l'année à venir. Il constitue l'une des novations introduites par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

À la différence, en particulier, des tableaux d'équilibre pour les exercices 2024 et 2025, son périmètre ne se limite pas aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et Fonds de solidarité vieillesse (FSV), mais inclut l'ensemble des administrations de sécurité sociale (Asso).

Est projeté un **solde à l'équilibre puis excédentaire pour, respectivement, 0,0 point du produit intérieur brut (PIB) en 2024 et 0,6 point du PIB en 2025.**

I. UN SOLDE POSITIF SUR UN PÉRIMÈTRE PLUS LARGE QUE CELUI DES RÉGIMES FAISANT L'OBJET DE LA LOI DE FINANCEMENT

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 est le troisième à comporter un article liminaire (A) ; ce dernier porte sur un agrégat distinct de celui des Robss, du FSV et de certains autres satellites que retiennent les autres dispositions du texte (B).

A. UN ENRICHISSEMENT RÉCENT

Antérieurement à la mise en œuvre de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le deuxième alinéa du II de l'article L.O 111-3 du code de la sécurité sociale et le premier alinéa de l'article 7 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (Lof) disposaient que les lois de financement rectificatives de la sécurité sociale (LFRSS), à l'instar des lois de finances de l'année ou rectificatives (LFR) mais à la différence des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) de l'année, « *compre[n]ai]ent un article liminaire présentant un tableau de synthèse retraçant, pour l'année [...], l'état des prévisions de solde structurel et [...] effectif de l'ensemble des administrations publiques [...].* ».

Cette mise de l'article liminaire des LFRSS à la maille de toutes les administrations publiques (APU) était motivée par le fait qu'il était envisageable qu'un tel véhicule rectificatif soit le seul à être présenté par le Gouvernement et qu'il importait d'informer le législateur financier sur les comptes publics dans leur totalité. Il en est

allé ainsi des deux LFRSS déposées et adoptées avant l'application de la réforme organique ⁽¹⁾.

Entré en vigueur le 1^{er} septembre 2022, le nouvel article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale prévoit que « *dans son article liminaire, la loi de financement de l'année présente, pour l'exercice en cours et pour l'année à venir, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des **administrations de sécurité sociale*** ». Cela rapproche la LFSS de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Lacss) créée par la même révision organique, mais la distingue des lois de finances de toute forme, ainsi que des LFRSS, dont l'article liminaire demeure afférent à toutes les APU, conformément à l'article 1^{er} H de la LOLF ⁽²⁾.

Cette novation vise au premier chef à améliorer l'information du Parlement en lui présentant une image fidèle des comptes des Asso qui, bien qu'ils relèvent des finances sociales, ne sont pas compris dans le domaine des LFSS.

B. UN CHAMP ISSU DE LA COMPTABILITÉ EUROPÉENNE

Les Asso sont l'un des trois sous-secteurs du système européen des comptes nationaux (SEC) établi par la direction générale des statistiques de la Commission européenne (Eurostat), avec celui des APU centrales (Apuc), lequel regroupe l'État et les organismes divers d'administration centrale (Odac), et celui des APU locales, correspondant aux collectivités territoriales et à leurs établissements.

• Depuis 2010, les Asso sont définies au paragraphe 20.67 de la nomenclature du SEC comme « *toutes les unités de sécurité sociale, indépendamment du niveau administratif qui gère ou administre les régimes* », étant entendu que « *si un régime de sécurité sociale ne répond pas aux critères requis pour être qualifié d'unité institutionnelle, il est classé avec son unité mère dans l'un des autres sous-secteurs des APU* » et que « *si les hôpitaux publics fournissent un service non marchand à la communauté [...] et sont contrôlés par des régimes de sécurité sociale, ils sont classés dans le sous-secteur de la sécurité sociale* ».

Elles regroupent deux catégories :

– les **régimes de sécurité sociale**, qui « *couvrent l'ensemble de la collectivité ou d'importantes parties de celle-ci et qui sont imposés, contrôlés et financés par les APU* » et ne constituent donc que le volet public de l'assurance sociale – soit les « *régimes dans lesquels les participants sont obligés de souscrire une assurance, ou incités à le faire, par un tiers en vue de se prémunir contre certains risques sociaux ou certaines situations qui peuvent affecter négativement leur bien-être ou celui des personnes à leur charge* » –, au sein desquels la

(1) LFRSS n^{os} 2011-894 du 28 juillet 2011 et 2014-892 du 8 août 2014.

(2) Cette disposition reprend et adapte l'ancien article 7 de la loi organique n^o 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, abrogée par le III de l'article 1^{er} (chapitres Ier et II) et le III de l'article 30 (chapitres III à V) de la loi organique n^o 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques.

nomenclature française distingue trente-deux Robss, ainsi que les régimes de retraite complémentaire obligatoires, comme l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco) pour les salariés du secteur privé et l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec) pour une large partie des agents publics non titulaires) et également l'assurance chômage, gérée par l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic) ;

– les **organismes dépendant des assurances sociales** (Odass), comprenant les hôpitaux publics et des satellites très variés d'un pays à l'autre, avec en France, par exemple, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), les fonds de solidarité pour la vieillesse (FSV), de réserve pour les retraites (FRR), d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) ou de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

À ce titre, **les Asso dépassent le champ d'action des LFSS**. Depuis 1996, il comprend les Robss et les organismes concourant à leur financement ; s'y sont ajoutés, depuis 2005, les organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ⁽¹⁾ ainsi que les organismes chargés de l'amortissement de leur dette.

Dès lors, **l'agrégat des Asso est d'abord comptable** : ses données sont produites par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au moment de l'établissement des comptes de la Nation.

• À l'inverse, outre qu'il résulte d'un choix du législateur organique, habilité par le vingtième alinéa de l'article 34 de la Constitution ⁽²⁾ à prévoir les conditions dans lesquelles et les réserves sous lesquelles les LFSS « *déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses* », **l'échelon des Robss répond à une logique institutionnelle**, dont les états sont arrêtés lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS).

Comprenant les régimes auxquels les assurés doivent obligatoirement être affiliés pour la couverture des risques sociaux auxquels ils peuvent être confrontés, les Robss excluent par nature :

– les régimes complémentaires légalement obligatoires, qui régissent principalement la couverture du risque vieillesse en plus des régimes de base ;

– les régimes qui ne sont pas considérés comme intégrés dans le champ de la sécurité sociale, comme le régime d'assurance chômage ;

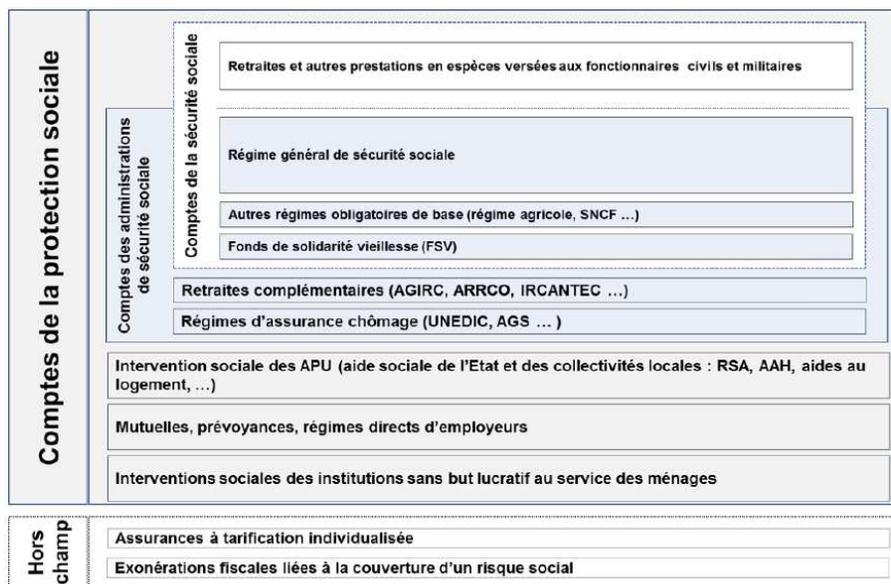
– les régimes facultatifs de couverture des risques sociaux.

(1) Cette catégorie est actuellement formée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

(2) Il s'agissait de son dix-neuvième alinéa avant l'entrée en vigueur de la loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse.

Les régimes de retraite obligatoires de l'État entrent bien dans le champ des Robss, mais pas dans celui des Asso, du fait que ces dernières ne comprennent pas les systèmes en vertu desquels l'employeur verse lui-même les prestations aux personnes qu'il emploie.

DIFFÉRENCES DE CHAMPS ENTRE LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE, CEUX DES ASSO ET CEUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



Note : Agence de garantie des salaires (AGS) ; revenu de solidarité active (RSA) ; allocation aux adultes handicapés (AAH).
 Source : bilan des relations financières entre l'État et la sécurité sociale (octobre 2024) ⁽¹⁾.

● Dans la triple mesure où les sommes amorties par la Cades sont enregistrées comme une recette des Asso (cf. *infra* le commentaire de l'article 12), où les régimes de retraite complémentaires sont, nonobstant des disparités de l'un à l'autre, en excédent global et qu'il en va de même de l'assurance chômage, leur inclusion dans l'article liminaire conduit à ce qu'il affiche selon les années un équilibre ou un excédent, alors que les Robss et le FSV sont en déficit.

Sur le fondement du 8° de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, le PLFSS est désormais accompagné d'une annexe « *présentant les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde du régime d'assurance chômage et des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires pour l'année en cours et l'année à venir ainsi que l'impact sur ces perspectives des mesures nouvelles envisagées et précisant le nombre de leurs cotisants actifs et, pour chacun des régimes de retraite complémentaire, le nombre de retraités titulaires de droits propres* ».

(1) Cette annexe dite « jaune » au projet de loi de finances (PLF) a été instituée par le I de l'article 40 de la loi n° 2000-656 du 13 juillet 2000 de finances rectificative pour 2020 ; son contenu est désormais défini au 2° du I de l'article 179 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 202, dont le IV a abrogé l'ancienne référence.

• D'après l'annexe 8 du PLFSS, les régimes de retraite complémentaire verraient leur excédent passer de 7,5 milliards d'euros en 2024 à 5,9 milliards d'euros en 2025 car les prestations ralentiraient moins vite que la masse salariale.

ÉVOLUTION DES CHARGES, DES PRODUITS ET DU RÉSULTAT DES RÉGIMES DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE LÉGALEMENT OBLIGATOIRES DE 2021 À 2025 (P)

(en millions d'euros ; en pourcentage)

	2021	2022	%	2023	%	2024 (p)	%	2025 (p)	%
CHARGES NETTES	102 939	108 073	5,0	114 398	5,9	118 745	3,8	122 632	3,3
Prestations sociales nettes	94 668	98 014	3,5	104 592	6,7	111 308	6,4	115 251	3,5
Prestations de retraite	94 297	97 729	3,6	104 304	6,7	111 006	6,4	114 939	3,5
Autres prestations (invalidité-décès-extralégales)	372	285	-23,3	289	1,2	301	4,4	312	3,4
Transferts versés	3 854	3 948	2,4	4 229	7,1	4 189	-1,0	4 487	7,1
Transfert au fonds de capitalisation du RAFP	2 579	2 578	0,0	2 755	6,8	2 602	-5,5	2 759	6,0
Prise en charge de prestations pour adossement	1 255	1 342	7,0	1 444	7,6	1 537	6,5	1 590	3,4
Autres transferts nets	21	28	33,0	31	10,5	49	++	138	++
Autres charges	4 416	6 111	-	5 576	-8,8	3 249	-	2 894	-10,9
Charges financières	375	2 751	++	815	-	87	-	87	0,2
Charges de gestion courantes	2 001	2 813	++	4 159	++	2 683	-	2 307	-14,0
Charges exceptionnelles	1 738	0	-	0	-	0	0,0	0	0,0
Autres charges techniques nettes	302	547	++	602	10,1	479	-20,5	500	4,4
PRODUITS NETS	109 258	114 627	4,9	124 002	8,2	126 245	1,8	128 561	1,8
Cotisations sociales et recettes fiscales	96 384	104 729	8,7	109 566	4,6	112 130	2,3	115 421	2,9
Cotisations salariales (yc AGFF)	82 683	88 584	7,1	92 687	4,6	95 172	2,7	98 096	3,1
Cotisations des non-salariés	7 569	7 851	3,7	8 021	2,2	8 396	4,7	8 678	3,3
Cotisations prises en charges par l'État	6 250	7 424	18,8	8 206	10,5	8 333	1,5	8 453	1,4
Majorations, pénalités et autres cotisations	37	87	++	109	26,0	104	-4,9	98	-5,9
Charges liées au non-recouvrement	-469	117	++	-57	-	-496	-	-522	5,2
Recettes fiscales	314	666	++	600	-9,9	621	3,5	619	-0,4
Transferts reçus	6 147	5 045	-17,9	5 573	10,5	5 810	4,2	5 891	1,4
Prise en charge de cotisations	6 143	5 038	-18,0	5 571	10,6	5 808	4,2	5 890	1,4
Autres transferts reçus	3	7	++	2	-	2	-5,8	2	-6,4
Autres produits nets	6 727	4 853	-27,9	8 863	82,6	8 305	-6,3	7 249	-12,7
Produits financiers	3 733	3 354	-10,2	5 741	++	6 849	19,3	6 367	-7,0
Produits exceptionnels	2 562	0	-	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres produits	432	1 498	++	3 122	++	1 457	++	882	-
RÉSULTAT NET	6 319	6 553		9 604		7 500		5 929	
Décomposition du résultat net									
Solde technique (y.c. opérations de gestion courante)	2 137	5 950		4 678		738		-351	
Solde financier	3 358	603		-4 926		6 762		6 280	
Solde exceptionnel	824	0		0		0		0	

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'excédent de l'Agirc-Arrco atteindrait 6,1 milliards d'euros en 2023, puis 5,1 milliards d'euros en 2024 et 3,8 milliards d'euros en 2025.

Le Conseil d'orientation des retraites (COR), dans son rapport annuel de juin 2024, explique par ailleurs que :

– d'une part, « les régimes complémentaires des salariés du privé, des contractuels de la fonction publique et des indépendants ont enregistré un excédent de 5,5 milliards d'euros en 2023, dont 4,3 milliards d'euros pour l'Agirc-Arrco » ;

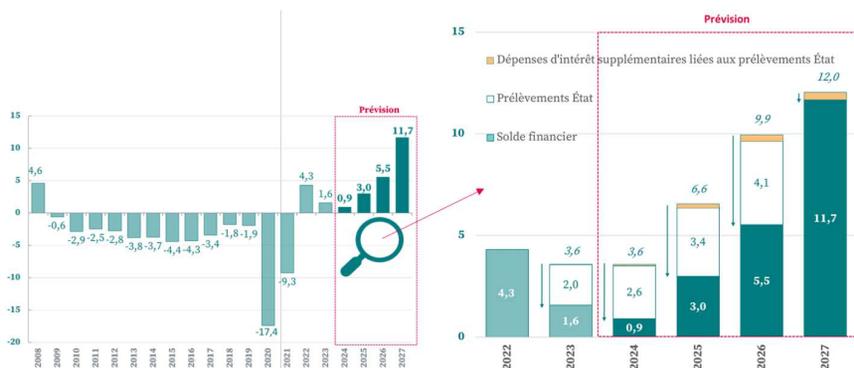
– d'autre part, « au 31 décembre 2023, la valeur de marché de l'ensemble des actifs admis en représentation des réserves sein des régimes de retraite par répartition représente 199,2 milliards d'euros soit 7,5 % du PIB ; 90 % de ces réserves sont détenues par les régimes complémentaires, dont près de 51 % par l'Agirc-Arrco », à savoir 101,7 milliards d'euros.

● Le résultat financier de l'assurance chômage serait positif à moyen terme, ses dépenses croissant moins vite que ses recettes de 2022 à 2024 puis ces premières baissant à compter de l'année en cours – toutes choses égales par ailleurs tant des réformes ou des retournements de conjoncture n'appelant pas de commentaire dans le présent rapport sont susceptibles d'intervenir.

Si l'Unedic projette un excédent de 3,6 milliards d'euros en 2024 puis de 6,6 milliards d'euros en 2025, le Gouvernement envisage dans l'annexe 8 du PLFSS que ces résultats soient de 0,6 milliard d'euros puis de 3,5 milliards d'euros : on lit dans cette dernière que « sous l'hypothèse que les acquis des réformes de 2019 à 2021 [...] soient maintenus », l'amélioration « serait portée principalement par [...] la montée en charge de la contra-cyclicité [...] ; [...] la masse salariale [ferait] plus que compenser les prélèvements sur les recettes en 2025 » ⁽¹⁾.

SOLDE DE L'ASSURANCE CHÔMAGE DE 2008 À 2027 (P) – D'APRÈS LE RÉGIME

(en milliards d'euros)

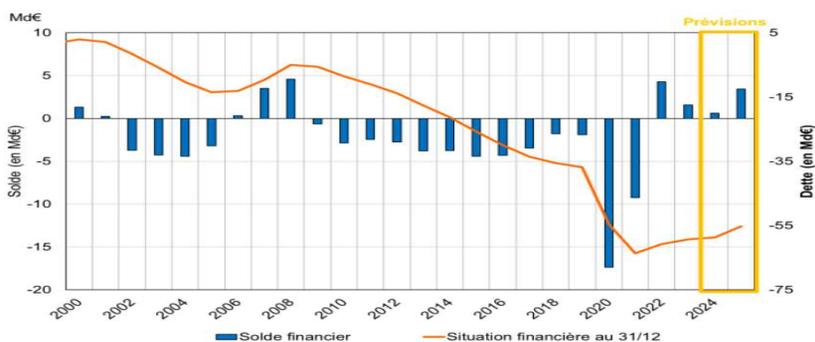


Source : prévisions financières de l'Unedic (juin 2024).

(1) Il s'agit d'une moindre compensation par l'AcoSS à l'Unedic – via l'affectation par l'État d'une fraction du produit de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à cette première – de la perte de cotisations résultant du dispositif de réduction dégressive sur la part à la charge des employeurs sur les rémunérations inférieures à 1,6 fois le salaire minimum. Son mécanisme est celui d'une modification du 9° de l'article L. 131-8, du 7° bis de l'article L. 225-1-1 et du II de l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale par l'article 3 de la loi n° 2023-1114 du 30 novembre 2023 de finances de fin de gestion pour 2023, l'article 16 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2023 et l'article 163 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024, précisée par un arrêté du 27 décembre 2023.

SOLDE DE L'ASSURANCE CHÔMAGE DE 2000 À 2025 (P) – D'APRÈS LE GOUVERNEMENT

(en milliards d'euros)



Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale – calculs de la direction générale du Trésor.

II. UN RÉSULTAT PRATIQUEMENT À L'ÉQUILIBRE EN 2024 ; LE RETOUR D'UN EXCÉDENT EN 2025

En 2023, les Asso ont enregistré un excédent de 13,2 milliards d'euros, soit 0,5 point de PIB. L'article liminaire du PLFSS 2025 indique que **le solde des Asso serait quasiment à l'équilibre en 2024**, avec des recettes de 775,7 milliards d'euros et des dépenses de 776,4 milliards d'euros, **et positif en 2025 à hauteur de 0,2 point de PIB**, les recettes atteignant 800,6 et les dépenses 795 milliards d'euros.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DES ASSO POUR 2023 À 2025 (P)

(en milliards d'euros ; en points de PIB)

	2023		2024		2025	
	Valeur	Volume	Valeur	Volume	Valeur	Volume
Recettes	748,5	26,7	775,7	26,6	800,6	26,7
Dépenses	735,3	26,2	776,4	26,6	795,0	26,4
Solde	13,2	0,5	- 0,6	≈ 0,0	5,6	0,2

Sources : projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2023 ; comptes de l'Insee pour les administrations publiques en 2023 (juin 2024) ; rapports sur la dette des APU et sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières (RESF) de la Nation⁽¹⁾ ; calculs en valeur de la commission des affaires sociales.

Seront abordés le contexte économique dans lequel ces données s'inscrivent et l'avis du Haut Conseil des finances publiques (HCFP) à leur propos (A), puis leurs points saillants pour ce qui touche aux finances sociales (B).

(1) Ces deux rapports sont joints au PLF en application du II de l'article 48 et de l'article 50 de la LOLF.

A. UNE CROISSANCE TIMIDE MAIS DES PRIX MOINS SOUS TENSION

Le rapporteur général constate que le paysage économique sous-jacent aux projets de textes financiers de l'automne 2024 n'est que faiblement porteur.

Ainsi, la croissance du PIB n'atteindrait que 1,1 % pour l'exercice en cours comme pour celui à venir, tandis que l'exécutif projetait il y a un an qu'elle serait de 1,4 % puis 1,7 %. Elle n'équivaudrait toujours pas à son niveau potentiel estimé à 1,35 %, preuve que l'écart de production (« *output gap* ») n'est pas comblé.

Aux yeux du rapporteur général, l'effet de la crise sanitaire puis de la guerre en Ukraine sur les chaînes de valeur, singulièrement dans l'énergie, ne saurait plus être invoqué comme justification majeure, de sorte que des changements profonds dans le modèle productif français doivent être menés.

En 2024, l'orientation de la consommation des ménages et de la formation brute de capital fixe (FBCF) des sociétés non financières (SNF) est fragile, comme devrait l'être en 2025 celle de la masse salariale, principal déterminant des recettes sociales, et des investissements des APU. Le commerce extérieur présenterait toutefois une balance favorable.

S'agissant de l'inflation⁽¹⁾, son taux retrouverait d'ici à la bascule entre 2024 et 2025 un niveau proche de la cible de 2 % du Système européen de banques centrales (SEBC). Pour heureuse qu'elle soit en ce qui concerne le pouvoir d'achat des particuliers et les marges des entreprises, cette normalisation aura une incidence ambivalente sur les comptes des Asso :

– certes, elle freine tant les revalorisations légales de certaines prestations ou celles de la rémunération des personnels de santé ;

– mais elle ralentit aussi l'assiette de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), dont 28,14 % du produit serait affecté à la sécurité sociale en 2025 ;

– ses effets sur les conditions d'émission de titres par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), la Cades et les régimes tiers aux Robss vont dépendre de ce qui prévaudra entre le retour de la politique monétaire à un épisode moins conventionnel, avec une baisse des taux, et l'appréciation des marchés sur la signature propre des emprunteurs publics français, moins encourageante.

● Saisi sur le fondement du IV de l'article 61 de la loi organique relative aux lois de finances, le HCFP a estimé dans son avis⁽²⁾ que :

– « *les prévisions de croissance, de masse salariale et d'inflation du Gouvernement pour 2024 sont réalistes* » ;

(1) L'inflation n'est pas ici mesurée par l'indice des prix à la consommation harmonisé (IPCH), lequel permet d'apprécier les exigences en matière de stabilité des prix à l'échelle européenne, mais par l'IPC, dans lequel seule la part des dépenses de protection sociale et d'éducation à la charge du consommateur compte et le poids de l'énergie y est plus important, ce qui a pour effet de pondérer de façon différente la part respective des différentes catégories de dépense des ménages. La Banque de France retient souvent le premier indicateur ; l'Insee et les directions de la sécurité sociale (DSS) et du budget (DB) privilégient le second.

(2) Avis du HCFP n° 2024-3 du 8 octobre 2024.

– « *le scénario macroéconomique pour 2025 est dans l'ensemble fragile* », avec une prévision « *un peu élevée* » pour la croissance, « *optimiste au regard des indications données par les enquêtes de conjoncture disponibles* » pour la variation des échanges internationaux et domestiques ou de l'épargne, « *un peu optimiste* » pour la masse salariale et « *un peu élevée* » pour l'indice des prix.

L'estimation de masse salariale de l'exécutif repose sur la combinaison d'une hausse des effectifs salariés marchands de 0,3 % en 2024 puis de 0,1 %, que le HCFP ne commente pas, et du salaire moyen par tête de 2,8 % puis de 2,7 %, qu'il juge « *plausible* » pour la première année et « *élevée, [mais] pas hors d'atteinte* » pour la seconde, compte tenu des annonces sur l'apprentissage.

Enfin, le rapporteur général salue le fait que contrairement à une tendance des années précédentes, **les hypothèses du Gouvernement sont assez en ligne avec celles des instituts** comme le *Consensus forecast*, l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE) ou le Centre de recherche pour l'expansion de l'économie et le développement des entreprises (Rexecode).

**PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES
SUCCESSIVEMENT RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT POUR 2024**

(en pourcentage)

	PLF et PLFSS pour 2024	PSTAB pour 2024 à 2027	PLF et PLFSS pour 2025
PIB	1,4 %	1,0 %	1,1 %
Indice des prix à la consommation (IPC)	2,6 %	2,5 %	2,1 %
IPC hors tabac (IPCHT)	2,5 %	2,4 %	2,0 %
Masse salariale	3,6 %	2,9 %	2,9 %
Consommation des ménages	1,8 %	1,6 %	0,7 %
Consommation des APU	1,4 %	0,1 %	2,7 %
Investissement des entreprises	0,9 %	-0,4 %	-1,9 %
Investissement des APU	1,3 %	1,7 %	3,0 %
Importations	3,1 %	0,9 %	-1,1 %
Exportations	3,5 %	+2,1 %	2,1 %

**PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES
SUCCESSIVEMENT RETENUES PAR LE GOUVERNEMENT POUR 2025**

(en pourcentage)

	PLF et PLFSS pour 2024	PSTAB pour 2024 à 2027	PLF et PLFSS pour 2025
PIB	1,7 %	1,4 %	1,1 %
IPC	<i>n. c.</i>	1,7 %	1,8 %
IPCHT	2,0 %	1,6 %	1,8 %
Masse salariale	3,4 %	3,1 %	2,8 %
Consommation des ménages		1,6 %	1,3 %
Consommation des APU		0,7 %	-0,2 %
Investissement des entreprises		0,8 %	0,6 %
Investissement des APU	<i>n. c.</i>	<i>n. c.</i>	-0,7 %
Importations		3,1 %	2,6 %
Exportations		3,9 %	3,4 %

Note : la masse salariale est celle des branches marchandes non agricoles (BMNA).

Source : RESF joints aux PLF pour 2024 et 2025 ; programme de stabilité pour les années 2024 à 2027.

B. DES PERSPECTIVES PLUS SOLIDES POUR LES COMPTES DES ASSO QUE POUR CEUX DES AUTRES SOUS-SECTEURS

Tant le PLF que le PLFSS traduisent une **dégradation du solde public** pour la deuxième année consécutive : après **4,8 points de PIB en 2022** et **5,5 points en 2023**, il représenterait **6,1 points en 2024**. Le ramener à **5,0 points en 2025** (5,2 points d'après les textes déposés mais ce premier niveau suivant l'ambition clairement affichée mais, de l'avis du rapporteur général, trop peu documentée par les ministres compétents) impliquerait un ajustement plus massif que suivant la loi de programmation en vigueur ⁽¹⁾.

Le solde des Asso ayant été rappelé *supra*, le déficit des Apuc passerait de 5,4 points de PIB en 2024 à 4,7 points de PIB en 2025 et celui des Apul resterait stable à hauteur de 0,7 point de PIB pour les deux exercices considérés.

Appelé à apprécier le « réalisme » des prévisions de recettes et de dépenses sous-jacentes au PLFSS, le Haut Conseil relève le manque d'information à son attention comme à celle du Parlement quant au « détail des économies attendues sur le budget de l'État et de l'assurance maladie ».

Le rapporteur général déplore de son côté le considérable amaigrissement des informations contenues dans le RESF joint au PLF et l'absence de transmission des deux rapports prévus par l'article 24 de la LPPF ⁽²⁾.

• **Les recettes des Asso croîtraient de 27,2 milliards d'euros (3,6 %) entre 2023 et 2024 puis de 24,9 milliards d'euros (3,2 %) entre 2024 et 2025.**

S'agissant des produits affectés aux organismes de sécurité sociale, le HCFP fait valoir que pour 2024, « la revalorisation du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) en novembre, qui entraînera une hausse des allègements de cotisations sur les deux derniers mois de l'année et n'a pas été prise en compte dans la prévision [de l'exécutif] constitue un aléa baissier », tandis qu'en sens inverse, pour 2025, « la réduction prévue des allègements généraux de cotisations sociales pourrait commencer à peser sur l'emploi et conduire à un redressement des gains de productivité plus marqué que prévu par le Gouvernement ».

• **Les dépenses des Asso croîtraient de 41,1 milliards d'euros (5,6 %) entre 2023 et 2024 puis de 18,6 milliards d'euros (2,4 %) entre 2024 et 2025.**

(1) Articles 2, 3 et 18 et rapport annexé de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

(2) « Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le premier mardi d'octobre, une décomposition, exprimée en pourcentage du produit intérieur brut et en milliards d'euros courants, du solde du sous-secteur des administrations de sécurité sociale entre les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement, les organismes concourant à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, les autres régimes d'assurance sociale et les organismes divers de sécurité sociale, pour l'année en cours et l'année à venir. Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin, cette même décomposition du solde du sous-secteur des administrations de sécurité sociale pour l'exercice clos. »

Le HCFP souligne aussi que les dépenses publiques hors crédits d'impôt sont évaluées à la hausse de 20,4 milliards d'euros pour 2024 comparativement au programme de stabilité (PSTAB) transmis à la Commission européenne : « *cette révision est liée, pour plus de la moitié, aux dépenses des collectivités territoriales* » et « *la deuxième moitié tient essentiellement aux dépenses de l'État* », alors que la contribution des Asso serait « *plus marginale* », avec un certain « *dynamisme des soins de ville et notamment des indemnités journalières* ».

En sens inverse, il note que l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) serait contenue à 2,8 % en 2025, après 3,3 % en 2024, car « *des économies de l'ordre de 4,9 milliards d'euros seraient mises en œuvre par rapport à une évolution tendancielle évaluée à 4,7 %, soutenue par la nouvelle convention médicale de juin 2024 fixant à 30 euros à partir du 1^{er} décembre 2024 le tarif de consultation médicale ainsi que par la hausse de 4 % des taux de cotisation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) des employeurs de la fonction publique hospitalière* ».

Il s'agirait néanmoins pour le HCFP de « *mesures non spécifiées à ce stade* », concernant l'efficacité des tarifs en ville (cf. *infra* le commentaire des articles 15 à 17 et 19 et 20), ainsi que du report de l'indexation des pensions de retraite à partir de juillet 2025 (cf. *infra* le commentaire de l'article 23) et de gains dans le secteur de l'assurance chômage.

La contribution des Asso à l'économie de 60,6 milliards d'euros que le Gouvernement vise en 2025 par rapport au tendanciel serait de 14,8 milliards d'euros, soit un peu moins d'un quart du total.

MESURES D'EFFORT PAR RAPPORT AU NIVEAU TENDANCIEL DU SOLDE PUBLIC EN 2025

(en milliards d'euros)

Rétablissement des comptes de la sécurité sociale	14,8
Mesures de freinage des dépenses sociales	10,1
Report au 1er juillet de l'indexation des retraites	3,6
Assurance-chômage	0,4
Freinage de la trajectoire ONDAM	3,8
<i>dont maîtrise des prix des produits de santé, et des volumes</i>	1,4
<i>dont ticket modérateur</i>	1,1
<i>dont optimisations des achats à l'hôpital</i>	0,7
<i>dont indemnités journalières (baisse du plafond)</i>	0,6
Réduction du déficit de la CNRACL (<i>hausse de 4 points du taux de cotisation retraites, pour les collectivités et les hôpitaux</i>)	2,3
Réduction de dépenses socio-fiscales profitant aux entreprises :	4,7
Reprofilage des allègements généraux (dans l'esprit du rapport Bozio-Wasmer)	4,0
Réduction de niches sociales	0,7

Source : RESF joint au PLF pour 2025.

*

* *

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

Article 1^{er}

Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2024

Conformément aux prescriptions de l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, le présent article vise à rectifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépense et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'exercice 2024.

Il rectifie également les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), mises en réserve par le FSV ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

I. UNE DÉGRADATION PARTICULIÈREMENT SPECTACULAIRE DU DÉFICIT DES COMPTES SOCIAUX EN COURS D'EXERCICE PRINCIPALEMENT DU FAIT DE RECETTES MOINS ÉLEVÉES QU'ATTENDU

A. LE DÉFICIT DES COMPTES SOCIAUX EST TRÈS LARGEMENT SUPÉRIEUR AUX PRÉVISIONS DE LA DERNIÈRE LOI DE FINANCEMENT

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoyait un déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 10,5 milliards d'euros, en dégradation d'1,8 milliard d'euros par rapport à la prévision pour l'exercice 2023.

Aux termes du 1^o du I du présent article, la prévision de déficit est considérablement dégradée puisqu'il s'élèverait à 18 milliards d'euros, soit 7,5 milliards d'euros de plus qu'en loi de financement pour 2024.

Le tableau suivant compare les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des Robss et du FSV établies au présent article 1^{er} avec celles arrêtées par la loi de financement pour 2024.

COMPARAISON DES PRÉVISIONS DU PLFSS 2025 AVEC CELLES DE LA LFSS 2024

(en milliards d'euros)

	Prévisions 2024			Rectification 2024			Écart à la prévision		
	(LFSS 2024)			(PLFSS 2024)					
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	243,4	251,9	-8,5	239	253,6	-14,6	-4,4	1,7	-6,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	16	1,1	16,7	16	0,7	-0,4	0	-0,4
Vieillesse	287,9	293,7	-5,8	287,4	293,7	-6,3	-0,5	0	-0,5
Famille	58,8	58	0,8	58,3	57,9	0,4	-0,5	-0,1	-0,4
Autonomie	41,2	40	1,2	40,9	40	0,9	-0,3	0	-0,3
Total	630,3	641,6	-11,3	624,2	643	-18,9	-6,1	1,4	-7,6
Total incluant le FSV	631,5	642	-10,5	625,3	643,4	-18	-6,2	1,4	-7,5

Note : en raison de l'arrondi, le solde indiqué peut être différent de la somme des éléments qui le composent.

Source : commission des affaires sociales à partir des données de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

1. Un effondrement des recettes lié à des estimations trop optimistes sur leur élasticité à la croissance

Le montant des recettes est inférieur d'environ 6,6 milliards d'euros selon l'annexe 3 et de 6,2 milliards d'euros si l'on compare les tableaux inscrits aux articles 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Cette dégradation s'explique en premier lieu par un effet de base lié à un montant de recettes constaté en 2023 inférieur aux prévisions rectifiées de la loi de financement pour 2024. Ces prévisions se reportent logiquement sur l'année 2025.

Le principal facteur explicatif de la dégradation des recettes est toutefois à chercher dans l'évolution des recettes fiscales, lesquelles sont inférieures de 4,5 milliards d'euros à la prévision inscrite en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, dont 2,5 milliards d'euros de TVA en moins. Cela se reflète d'ailleurs dans la répartition par branche puisque ce sont les prévisions de recettes de la branche maladie, laquelle est davantage financée par l'impôt, qui se trouvent particulièrement dégradées.

Les écarts constatés sur les revenus d'activité s'élèveraient à 2,4 milliards d'euros de moindres recettes. Les produits des recettes portant sur le revenu des travailleurs indépendants seraient inférieurs de 1,7 milliard d'euros par rapport aux prévisions de la loi de financement pour 2024 avec un effet de base de 1,1 milliard d'euros au titre de l'année 2023.

S'agissant du secteur privé, l'on constaterait 1,5 milliard d'euros de manque à gagner par rapport aux prévisions de la dernière loi de financement. La révision du cadrage macroéconomique, notamment de la masse salariale du secteur privé (attendue à + 3,2 % selon l'hypothèse du présent projet de loi contre + 3,8 % en loi de financement pour 2024) expliquerait une perte d'1,8 milliard d'euros de recettes attendues qui serait partiellement compensée par la révision du coût des allègements généraux provoqué par un dynamisme du salaire moyen par tête (SMPT) plus vif que celui du Smic.

2. Un surcroît de dépenses presque exclusivement imputable à la branche maladie

Le présent article fait état d'une prévision de dépenses augmentée de 1,4 milliard d'euros. L'intégralité de cet écart à la prévision est imputable aux dépenses d'assurance maladie. Selon le rapport à la Commission des comptes d'octobre 2024 ⁽¹⁾, les dépenses de prestations maladie enregistreraient ainsi une croissance soutenue de + 4,1 %. La décomposition du surcroît de dépenses fait apparaître :

– un dépassement de l'Ondam adopté en loi de financement pour 2024 à hauteur de 1,3 milliard d'euros dont le détail est précisé au commentaire de l'article 2 ;

– un surplus de dépenses hors Ondam de 300 millions d'euros.

Les autres facteurs améliorent le solde de 300 millions d'euros.

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

CONTRIBUTION AUX ÉCARTS À LA LFSS 2024

(en milliards d'euros)

	2023	2024 (p)
Prévisions lois de financement LFSS 2024	-8,7	-10,5
Sous-total des recettes	-2,8	-6,6
Recettes sur revenus d'activité	-2,0	-2,4
<i>dont secteur privé</i>	-1,6	-1,5
<i>dont secteur public</i>	0,2	0,6
<i>dont indépendants</i>	-1,1	-1,7
<i>dont secteur agricole</i>	0,2	0,3
Provisionnement des créances	0,7	-0,1
Recettes fiscales	-1,8	-4,5
CSG remplacement	0,2	0,3
Sous-total des dépenses	-0,1	-1,2
Ondam économique	-0,2	-1,3
Prestations hors Ondam	0,0	-0,3
<i>Maladie et ATMP</i>	0,0	-0,1
<i>Vieillesse</i>	-0,3	-0,2
<i>Famille</i>	-0,1	-0,1
<i>Autonomie</i>	0,0	0,0
<i>Prestations extralégales</i>	0,3	0,1
Transferts	0,2	0,4
Autres	0,8	0,3
Ensemble des révisions	-2,1	-7,5
Solde actualisé PLFSS 2025	-10,8	-18,0

Source : annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

B. L'ANNÉE 2024 MARQUE AINSI LA FIN DU REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX POST-CRISE SANITAIRE

1. Les recettes se tassent dans le sillage d'une activité qui peine à repartir à la hausse et d'une inflation qui ralentit

● Les ressources nettes des régimes de base et du FSV se sont élevées à 600 milliards d'euros en 2023, soit une augmentation de 4,8 % par rapport à 2022. Cette hausse dynamique reflétait notamment la persistance d'un niveau d'inflation encore élevé (+ 4,8 % en moyenne annuelle hors tabac).

En 2024, la dynamique des recettes ralentirait (+ 4,2 %) sous le double effet d'une croissance peu dynamique (+ 1,1 % en volume) et de la normalisation de l'inflation (2 %). Plusieurs effets favorables sont néanmoins attendus sur les recettes :

- un accroissement de la contribution des recettes du secteur privé (+ 1,9 point) ;
- une augmentation de la contribution des autres assiettes (+ 1,6 point) ;

– un effet à la hausse des mesures adoptées en lois financières par rapport aux années passées (+ 0,7 point).

- Les recettes de cotisations sociales augmenteraient de 4 % sous l'effet principal de l'évolution des cotisations du secteur privé qui progresseraient plus vite que la masse salariale privée soumise à cotisations (+ 3,2 % en moyenne annuelle). Cet écart positif pour les recettes de la sécurité sociale s'explique en grande partie par la fin de la phase de forte hausse des allègements généraux de cotisations consécutives aux évolutions du Smic intervenues ces dernières années. La hausse du montant des allègements généraux s'établirait en effet à 0,8 % contre 10,1 % en 2023. Ce seul ralentissement de la dynamique des allègements généraux expliquerait 0,8 point de la hausse des cotisations du secteur privé.

Le coût des exonérations de cotisations relatives aux réductions de cotisations maladie et famille des salariés (« bandeaux maladie et famille ») est atténué à hauteur de 300 millions d'euros par le « gel des points de sortie » de ces bandeaux à hauteur respectivement de 2,5 et 3,5 Smic applicable au 31 décembre 2023 ⁽¹⁾. La revalorisation indiciaire de 1,5 % intervenue en juillet 2023 qui produit ses effets en année pleine et l'attribution de 5 points d'indice à l'ensemble des agents publics au 1^{er} janvier 2024 tirent les cotisations du secteur public à la hausse (+ 3,4 %).

- S'agissant des ressources fiscales, la hausse serait de 4,4 %, un niveau plus élevé qu'en 2023. Cette hausse s'explique toutefois partiellement par la réaffectation de 0,15 point de CSG à la branche autonomie en provenance de la Cades. Cet effet de périmètre accroît à lui seul de 2,6 milliards d'euros les recettes de la CSG affectées aux régimes de base de la sécurité sociale. Contrepartie de la forte hausse des dépenses de prestations légales (*cf. infra*), les recettes de la CSG portant sur les revenus de remplacement sont en nette augmentation (+ 5,3 % contre + 4,7 % en 2023), davantage que celles de la CSG portant sur les revenus d'activité (+ 3,1 % contre + 4,5 % en 2023).

Les autres impôts et taxes connaissent une hausse plus mesurée de 2,9 %. Hors mesures nouvelles sur 2024, leur évolution spontanée ralentirait à 2,3 %, notamment du fait d'une inflation moins élevée qu'en 2023. La hausse de la TVA serait deux fois moins importante qu'en 2023 (+ 1,6 % contre + 3,2 %) sous l'effet du ralentissement des emplois taxables qui constituent sa base ⁽²⁾.

(1) Article 20 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) L'évolution spontanée de la TVA s'appuie sur celle de son assiette macroéconomique simulée, appelée « emplois taxables », et reconstituée à part des prévisions de consommation et d'investissement, sous-jacentes au scénario macroéconomique d'ensemble. L'évolution de cette base dépend de la consommation.

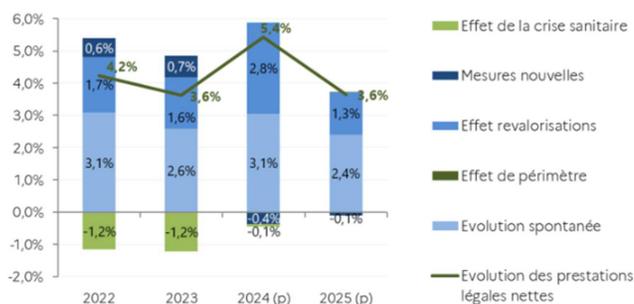
2. Les dépenses rebondiraient en 2024 sous l'effet principal des revalorisations des prestations liées au décalage de l'effet de l'inflation

● En 2024, les dépenses s'accroîtraient de 5,3 %. C'est une accélération de plus de 2 points par rapport à l'année précédente (+ 3,1 %), certes marquée par la quasi-extinction des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Le dynamisme des dépenses serait essentiellement porté par l'évolution des prestations légales (+ 5,4 % sur une assiette représentant 93 % de l'ensemble des dépenses).

La croissance spontanée des dépenses en volume demeurerait le principal contributeur à la hausse des prestations légales (3,1 points), notamment du fait de la prise en compte dans l'Ondam des mesures liées aux négociations conventionnelles. La part des revalorisations légales s'accroîtrait toutefois sensiblement par rapport à l'année 2023 puisqu'elles contribueraient à 2,8 points à cette hausse. L'accélération de « l'effet revalorisation », alors que l'inflation en moyenne annuelle est attendue à la baisse en 2024 (2 %), s'explique par les règles d'indexation des prestations sociales qui répercutent l'effet de l'inflation avec un décalage d'un an ⁽¹⁾.

Pour la première fois depuis 2020, les mesures nouvelles contribueraient à réduire la croissance des prestations légales, à une hauteur toutefois restreinte (-0,4 %). Elles recouvrent principalement les économies de 3,5 milliards d'euros intégrées à l'Ondam en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

DÉCOMPOSITION DE LA CROISSANCE DES PRESTATIONS LÉGALES PAR EFFET (EN POINTS)



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

Les autres dépenses hors prestations légales, qui représentent un peu plus de 6 % du total, augmenteraient de 3,3 % sous l'effet :

– des dépenses relevant de l'Ondam au titre du Fonds d'intervention régional pour le financement de la permanence des soins en établissement de santé ;

– des transferts versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) soutenus par une dotation exceptionnelle de 150 millions

(1) Le mode de calcul de la revalorisation annuelle des prestations sociales fait l'objet de développements plus détaillés au commentaire de l'article 23.

d'euros visant à améliorer le taux de couverture des concours qu'elle apporte aux dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie et par la montée en charge de mesures votées dans les lois de financement antérieures.

II. LA SITUATION DES ORGANISMES « SATELLITES » DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2024

A. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Le 2° du présent article porte rectification du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base. Seul le FSV est concerné par cette disposition.

Le Fonds de solidarité vieillesse

Le FSV a été créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale. Il a pour mission d'assurer le refinancement des régimes de retraite au titre de certains avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Il prend ainsi en charge, sous certaines conditions et sur des bases forfaitaires, les validations de trimestres d'assurance vieillesse au titre du chômage, des arrêts de travail, du volontariat du service civique, des périodes d'apprentissage et de stages de formation professionnelle. Il finance en totalité le minimum vieillesse versé par les régimes de retraite de base.

Le solde du FSV s'établirait à 0,8 milliard d'euros en 2024, une prévision conforme à celle inscrite en loi de financement pour 2024, en baisse de 300 millions d'euros par rapport à 2023.

Les dépenses du FSV atteindraient 20,6 milliards d'euros, soit 1,3 milliard d'euros de plus qu'en 2023, ce qui représente une hausse de 6,8 %. Cette évolution des charges est principalement liée à trois facteurs :

– une légère hausse des effectifs de chômeurs décomptés dans les prises en charge du FSV (+ 41 700 chômeurs, en hausse de 1,1 %) contribuant à accroître les prises en charge de cotisations chômage (12,6 milliards d'euros). Ce facteur explique 3,3 points de la hausse des charges du FSV ;

– une forte progression des prises en charge de cotisations maladie, invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles (2,4 milliards d'euros) contribuant pour 2,2 points à l'évolution des charges ;

– une accélération de la dynamique des coûts liés au financement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, laquelle a fait l'objet d'une revalorisation au 1^{er} janvier 2024 au même titre que les pensions de vieillesse. Le montant des dépenses du FSV à ce titre s'élèverait à 4,8 milliards d'euros, en hausse de 9,8 % par rapport à 2023.

Les recettes du FSV sont constituées de CSG portant sur les revenus du capital (12,5 milliards d'euros) et de remplacement (9,1 milliards d'euros). La progression de ces deux produits resterait dynamique à hauteur de + 3,6 % pour le premier et de + 6,4 % pour le second. Au total, les recettes du FSV augmenteraient de près d'un milliard d'euros.

B. LE FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Le FRR ne bénéficie d'aucune affectation de recettes depuis que la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites l'a transformé en fonds fermé. Le 3° confirme cet état de fait en prévoyant que les recettes de cet établissement public sont nulles.

En application du I de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale, le FRR a désormais pour fonction de verser à la Cades une dotation annuelle pour participer au remboursement de la dette sociale. Entre 2011 et 2024, ce montant avait été fixé à 2,1 milliards d'euros par an, soit un total de 29,4 milliards d'euros. À compter de 2025, en application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, le versement à la Cades sera réduit à 1,45 milliard d'euros par an et consacré à l'amortissement de la dette afférente aux déficits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et du FSV. Ce versement prendra fin à l'expiration des réserves du fonds et, en tout état de cause, au terme de l'apurement de cette dette.

Fin juin 2024, après déduction du versement annuel de 2,1 milliards d'euros, la valeur de marché (hors provisions) du portefeuille du FRR s'élevait à 19,7 milliards d'euros.

C. LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

Le 4° prévoit un objectif d'amortissement de 15,99 milliards d'euros, conforme à l'objectif fixé en loi de financement pour 2024 (16 milliards d'euros).

Fin 2024, la Cades devrait avoir amorti 258,6 milliards d'euros de dette, soit 65,2 % des 396,5 milliards d'euros de dette sociale transférée à la même date.

En septembre de l'année 2024, la Cades aura mené sa dernière opération de reprise de dette du programme de 136 milliards d'euros prévu par les lois du 7 août 2020 relatives à la gestion de la dette sociale et à l'autonomie ⁽¹⁾.

Dans l'état actuel des conditions de refinancement, en l'absence de nouvelle reprise de dette, les prévisions de la Cades lui permettent d'estimer qu'elle sera en mesure d'amortir l'ensemble de sa dette en 2032.

*

* *

(1) Loi organique n° 2020-991 et loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

Article 2

Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs

Cet article rectifie l'objectif national d'assurance maladie (Ondam) pour 256,1 milliards d'euros en 2024, ainsi que les six sous-objectifs qui le composent.

L'article 2, que l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale fait figurer parmi les dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾, rectifie l'objectif national d'assurance maladie (Ondam) et ses six sous-objectifs pour l'année en cours.

Pour mémoire ⁽²⁾, l'Ondam retrace surtout des prestations légales, dont l'essentiel des indemnités journalières versées aux assurés, et des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux (ESMS), couvrant ainsi des dépenses retracées dans les comptes des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), et autonomie.

Il paraît utile de revenir sur l'Ondam du dernier exercice clos (**I**) ⁽³⁾. Le niveau (**II**) et les motifs (**III**) de la révision de l'objectif pour l'exercice en cours par la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 seront ensuite présentés.

I. L'OBJECTIF NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE POUR 2023

Le dernier projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale fait état d'un Ondam exécuté à hauteur de **247,8 milliards d'euros en 2023** avec les charges liées à l'épidémie de covid-19 ou de 246,8 milliards d'euros hors ces dernières. Il avait été fixé à 244,1 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, puis actualisé à 244,8 milliards d'euros au titre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour la même année, et enfin une nouvelle fois modifié à 247,6 milliards d'euros aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Sur la base dudit projet de loi d'approbation des comptes, l'augmentation de 0,7 milliard d'euros relativement au constat pour 2022 (+ 0,3 %) résulte de deux mouvements inverses :

– une contraction de 10,6 milliards d'euros des charges afférentes à la crise sanitaire, passant de 11,7 milliards d'euros à 1,1 milliard d'euros ;

(1) Article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, issu de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Une présentation plus détaillée du champ de l'Ondam figure dans le commentaire de l'article 27.

(3) Des développements complémentaires se trouvent dans le rapport n° 292 de M. Yannick Neuder, rapporteur général, sur le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 25 septembre 2024.

– une hausse de 11,4 milliards d’euros des dépenses pérennes (+ 4,8 % quand la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 envisageait seulement + 3,5 %).

Comparativement à la prévision initiale, le dépassement de 2,7 milliards d’euros (+ 1,5 %) s’explique pour plus de la moitié par la hausse de la rémunération des personnels effectuant des heures de garde la nuit et en fin de semaine ainsi que par la revalorisation du point d’indice dans la fonction publique ⁽¹⁾.

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d’octobre 2024 propose un rehaussement marginal du montant de l’Ondam au titre de 2023, soit 247,9 milliards d’euros. La hausse tient essentiellement aux dépenses des hôpitaux et du sous-objectif concernant les autres prises en charge, avec respectivement 85 millions d’euros et 65 millions d’euros. Il faut aussi relever une révision baissière de 35 millions d’euros pour les soins de ville.

Ainsi, en prenant pour référence l’Ondam fixé pour la toute première fois par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, le dépassement atteint 3,9 milliards d’euros.

VARIATION DE L’ONDAM POUR 2023

(en milliards d’euros ; en pourcentage)

Constat 2023 (en Md€), actualisé septembre 2024	Base 2023	ONDAM 2023 en LFSS 2023	ONDAM 2023 en LFSS 2024	Constat 2023, septembre 2024	dont révision par rapport au constat de mars 2024	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif en LFSS 2023	Ecart à l'objectif en LFSS 2024
ONDAM TOTAL	247,1	244,1	247,6	247,9	0,1	0,3%	3,9	0,3
Soins de ville	107,5	103,9	105,0	105,2	-0,04	-2,1%	1,4	0,2
Établissements de santé	98,4	100,7	102,5	103,0	0,08	4,6%	2,3	0,5
Établissements et services médico-sociaux	28,3	30,0	30,2	29,9		5,7%	0,0	-0,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,5	15,3	15,5	15,4	0,00	6,0%	0,0	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,8	14,6	14,7	14,6	0,00	5,5%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,3	6,1	6,5	6,4	0,00	2,0%	0,3	0,0
Autres prises en charge	6,6	3,4	3,4	3,4	0,06	-49,2%	-0,1	-0,1

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2024).

II. UN OBJECTIF POUR 2024 EN HAUSSE DE 0,5 % PAR RAPPORT À CELUI FIXÉ PAR LA LOI DE FINANCEMENT POUR L’ANNÉE EN COURS

L’article 2 porte l’Ondam à **256,1 milliards d’euros en 2024**, dont :

– 109,5 milliards d’euros et 105,5 milliards d’euros pour les sous-objectifs des dépenses de soins de ville et des établissements de santé, qui correspondent à 84 % du total ;

– 31,3 milliards d’euros pour l’objectif général de dépenses (OGD) réunissant les deux sous-objectifs concernant les ESMS où résident des personnes âgées ou handicapées, soit 12,2 % de l’ensemble ;

(1) Décret n° 2023-519 du 28 juin 2023 portant majoration de la rémunération des personnels civils et militaires de l’État, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d’hospitalisation.

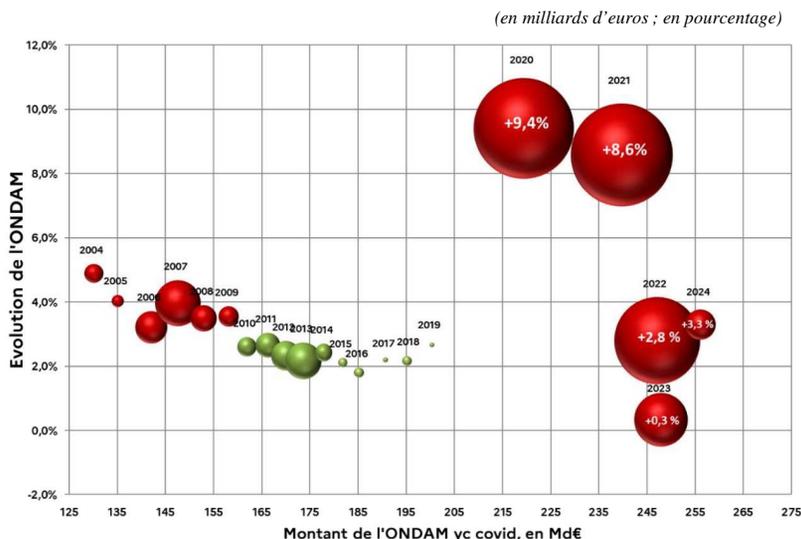
– 9,9 milliards d’euros pour les deux dernières enveloppes, ne comptant donc que pour 3,9 % de l’objectif agrégé.

L’Ondam rectifié pour 2024 est ainsi en **hausse de 8,2 milliards d’euros par rapport au constat pour 2023 (+ 3,3 %)** et de **1,2 milliard d’euros (+ 0,47 %) par rapport à l’objectif de 254,9 milliards d’euros déterminé à l’article 105 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.**

Il convient de rappeler que le 2 du C du III du rapport annexé à la loi de programmation en vigueur avait envisagé, sans valeur contraignante, une hausse de l’Ondam de 3,2 % entre 2022 et 2023 ⁽¹⁾.

Alors qu’il avait été respecté de 2010 à 2019, l’Ondam dépasserait donc sa cible pour la cinquième année consécutive.

CONSOMMATION DE L’ONDAM DE 2004 À 2024 EN VALEUR ET EN VOLUME PAR RAPPORT À L’EXERCICE PRÉCÉDENT



Note : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d’euros et en ordonnées le taux d’évolution associé ; la taille de la bulle représente l’ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert).

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2024).

En comparaison avec les chiffres de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, la sur-exécution prévisionnelle de l’Ondam en 2024 s’expliquerait à hauteur de 1,1 milliard d’euros, soit presque intégralement, par des dépenses pour les soins de ville. En leur sein, 0,3 milliard d’euros sont en lien avec la crise sanitaire, dépenses qui atteindraient au total 0,5 milliard d’euros en raison notamment, d’après le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale,

(1) Loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour 2023 à 2027.

du recours croissant au médicament *Paxlovid* et d'une nouvelle provision pour la campagne vaccinale prévue cet automne.

Les dépenses au titre du « Ségur de la santé » reculeraient de 0,2 milliard d'euros par rapport à 2023 pour s'élever à 13 milliards d'euros en 2024.

Le « Ségur de la santé »

En réponse à l'urgence sanitaire et aux difficultés dont elle souligné l'acuité des défis, un plan massif pour la modernisation du système de santé a été mis en place au cours des exercices 2021 à 2024 – après une concertation menée au printemps et à l'été 2020 –, visant à revaloriser les métiers des secteurs sanitaire et médico-social et à investir dans les établissements (déclinaisons appelées « Ségur numérique » ou « Ségur immobilier »).

Le rapport d'octobre 2024 à la commission des comptes de la sécurité sociale indique que ses dépenses ont été de 1,4 milliard d'euros en 2020 au titre de la rectification de l'Ondam de 9,3 milliards d'euros en 2021 puis de 12,6 milliards d'euros en 2022 et enfin de 13,2 milliards d'euros en 2023. Selon l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, elles atteindraient 13 milliards d'euros en 2024.

Les surcoûts exceptionnels liés à l'inflation, qui se montaient à 7,4 milliards d'euros en 2023, se résorberaient à 1,2 milliard d'euros en 2024. Un peu moins d'un tiers de cette somme tient à la transmission aux indemnités journalières du dynamisme des salaires d'activité ou du salaire minimum, un peu moins de la moitié aux revalorisations des rémunérations dans la fonction publique hospitalière ou plus largement dans les emplois publics de la sphère médico-sociale, et le surplus à l'application de conventions.

DÉCOMPOSITION DU DÉPASSEMENT DE L'ONDAM POUR 2024 PAR RAPPORT À LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024 (premières colonnes) ET PAR RAPPORT AU CONSTAT POUR 2023 (deux dernières colonnes)

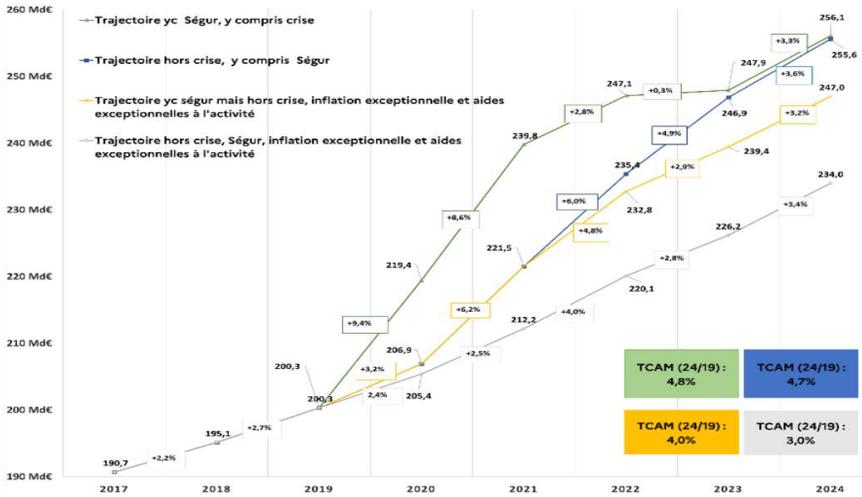
(en milliards d'euros ; en pourcentage)

Montants en Md€	Objectifs 2024 en LFSS 2024	Objectif 2024 en PLFSS 2025	Ecart à la LFSS 2024 yc Covid	dont écart en lien avec la crise sanitaire	Ecart à la LFSS 2024 Hors Covid	dont écart lié à la mise à jour des mesures de régulation	dont Autres	Taux d'évolution yc crise	Taux d'évolution hors crise
ONDAM TOTAL	254,9	256,1	1,2	0,3	0,9	-0,2	1,1	3,3%	3,6%
Soins de ville	108,4	109,5	1,1	0,3	0,8	-0,2	1,0	4,0%	4,2%
Établissements de santé	105,3	105,5	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	2,5%	2,6%
Établissements et services médico-sociaux	31,5	31,3	-0,2	0,0	-0,2	0,0	-0,2	8,0%	8,0%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,3	16,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	4,0%	4,0%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1%	4,1%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,5	6,7	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	5,9%	5,9%
Autres prises en charge	3,3	3,2	-0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	-6,2%	3,2%

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2024).

Si la convergence est désormais presque parfaite entre la courbe de l'Ondam intégrant l'effort causé par le covid-19 et celle excluant ce facteur, confirmant le caractère désormais endémique de la pathologie, les trajectoires diffèrent toujours nettement selon que l'on y intègre les paramètres du « Ségur » et de l'inflation.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM DE 2017 À 2024 SELON LE PÉRIMÈTRE RETENU



Note : les montants sont présentés à champ courant mais les évolutions sont présentées à champ constant.

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 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 À 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

Dans le cadre de la réforme portée par l'article 22 et visant à calculer la pension de retraite des non-salariés agricoles sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenu, l'article 3 réforme l'architecture des cotisations sociales d'assurance vieillesse dont ils sont redevables et augmente leur effort contributif au niveau de celui applicable aux travailleurs indépendants non agricoles.

S'agissant de la simplification des règles applicables aux cotisations des non-salariés agricoles, l'article fusionne les cotisations dues au titre de l'assurance vieillesse individuelle (AVI) et celles dues au titre de l'assurance vieillesse agricole (AVA). Il porte l'assiette forfaitaire annuelle des conjoints collaborateurs et des aides familiaux à 600 fois le Smic horaire, ce qui permet de l'aligner avec l'assiette minimale des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Si les règles restaient distinctes entre les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole et les conjoints collaborateurs et aides familiaux, il n'existerait plus de différence entre les non-salariés agricoles exerçant à titre exclusif ou principal et ceux exerçant à titre secondaire. Par ailleurs, les taux de cotisations convergeraient progressivement à horizon 2029 de sorte qu'ils soient les mêmes pour tous les non-salariés agricoles, quel que soit leur statut.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LES RÈGLES RELATIVES AUX COTISATIONS DES NON-SALARIÉS AGRICOLES SONT COMPLEXES ET SE TRADUISENT PAR DE MOINDRES DROITS À LA RETRAITE

A. LES NON-SALARIÉS AGRICOLES RELÈVENT DE PLUSIEURS STATUTS DU POINT DE VUE DE LEUR PROTECTION SOCIALE

1. L'affiliation au régime de protection sociale des non-salariés agricoles répond à des règles spécifiques

● Les règles d'assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles sont fixées aux articles L. 722-1 et suivants du code rural et de la pêche maritime. À la différence des salariés et des travailleurs indépendants, l'affiliation au régime des non-salariés agricoles dépend de l'activité exercée par l'assuré, laquelle doit être de nature « agricole ». Entrent par exemple dans cette catégorie les activités de culture et élevage, les travaux agricoles, les travaux forestiers, la conchyliculture ou la pisciculture ⁽¹⁾.

L'affiliation dépend également de « l'importance » de l'activité agricole qui est appréciée au regard de l'activité minimale d'assujettissement (AMA) ⁽²⁾. En application de l'article L. 722-5 du code rural et de la pêche maritime, le critère lié à l'activité minimale d'assujettissement est satisfait lorsqu'est remplie l'une des conditions suivantes :

1° La superficie mise en valeur par l'exploitant est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement, laquelle varie selon plusieurs critères tels que les régions naturelles, les territoires infra-départementaux et les types de production ⁽³⁾ ;

2° Lorsque l'activité ne peut être appréciée selon la superficie, le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité est au moins égal à 1 200 heures par an ;

3° Lorsque les revenus professionnels constitutifs de l'assiette de cotisations sont au moins égaux à l'assiette forfaitaire applicable aux exploitants nouvellement installés pour leurs cotisations d'assurance vieillesse individuelle (AVI – cf. *infra*) ⁽⁴⁾.

● Certaines règles spécifiques s'appliquent également dans certains cas. Par exemple, en cas de co-exploitation ou d'exploitation sous forme sociétaire, les membres ou associés participant aux travaux sont considérés comme chefs d'exploitation lorsque l'activité minimale de l'exploitation répond aux critères fixés aux 1° ou 2° présentés ci-dessus ⁽⁵⁾.

(1) Article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Article L. 722-5-1 du code rural et de la pêche maritime.

(4) La présentation des deux étages forfaitaire et proportionnel de la pension de vieillesse de base des non-salariés agricoles fait l'objet de développements plus détaillés dans le commentaire de l'article 22.

(5) III de l'article L. 722-5 du code rural et de la pêche maritime.

2. Les non-salariés agricoles se répartissent dans différents statuts

• Toutes les personnes assujetties au régime des non-salariés agricoles ne relèvent toutefois pas du même statut. L'on distingue ainsi trois catégories d'assurés ⁽¹⁾ :

– le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ;

– le conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole. Ce statut comprend les personnes mariées, pacsées ou vivant en concubinage avec un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole et qui exerce une activité professionnelle régulière sur l'exploitation ou au sein de l'entreprise sans être rémunérées ⁽²⁾ ;

– l'aide familial agricole ⁽³⁾. Ce statut comprend les personnes âgées d'au moins 16 ans qui ont la qualité d'ascendants, de descendants, de frères, de sœurs ou d'alliés au même degré du chef d'exploitation ou de son conjoint, vivent sur l'exploitation et participent à sa mise en valeur sans être salarié.

Afin de renforcer la protection sociale des conjoints collaborateurs et des aides familiaux agricoles, le législateur a progressivement réduit la durée maximale pendant laquelle une personne peut bénéficier de ce statut. Depuis 2005 pour les aides familiaux ⁽⁴⁾ et depuis 2022 pour les conjoints collaborateurs ⁽⁵⁾, ce statut ne peut ainsi être conservé plus de cinq ans. À l'issue de cette période, le conjoint ou l'aide familial doit choisir s'il souhaite adopter le statut de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou celui de salarié agricole. Dans le premier cas, il reste assujéti au régime des non-salariés agricoles tandis que, dans le second, il devient affilié au régime des salariés agricoles, aligné avec le régime général.

En 2022, le régime de base des non-salariés agricoles comptait 448 000 actifs dont 426 000 chefs d'exploitation, 20 000 conjoints collaborateurs et 2 800 aides familiaux ⁽⁶⁾.

(1) Jusqu'en 2009, existait également le statut de « conjoint collaborateur participant aux travaux ».

(2) Article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Le statut d'aide familial est fixé à l'article L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime et leur affiliation à l'assurance vieillesse est prévue à l'article L. 732-34 du même code.

(4) En application du 2° de l'article L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction résultant de l'article 21 de la loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole.

(5) En application de l'article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction résultant de l'article 3 de la loi n° 201-1679 du 17 décembre 2021 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles, dite « loi Chassaigne II ».

(6) Inspection générale des affaires sociales et Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, Déterminer la pension de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq années civiles d'assurance les plus avantageuses, janvier 2024, p. 19.

B. L'EFFORT CONTRIBUTIF DES NON-SALARIÉS AGRICOLES AINSI QUE LEUR NIVEAU DE COUVERTURE DU RISQUE VIEILLESSE VARIENT SELON LEUR STATUT

1. L'effort contributif des non-salariés agricole dépend de leur statut

● Les cotisations dont sont redevables les non-salariés agricoles dépendent de leur statut et du caractère principal ou secondaire de leur activité. S'agissant des cotisations d'assurance vieillesse, ces différences s'expliquent en partie par la couverture inégale dont bénéficient les agriculteurs en matière de protection contre le risque vieillesse. Le régime de retraite de base des non-salariés agricoles est construit sur deux étages⁽¹⁾ : l'un forfaitaire – l'assurance vieillesse individuelle (AVI) – et l'autre proportionnel – l'assurance vieillesse agricole (AVA). Seule la retraite proportionnelle fait intervenir le revenu des agriculteurs dans son calcul, la retraite forfaitaire étant uniquement modulée en fonction de la durée d'assurance dans le régime des non-salariés agricoles. Or, les non-salariés agricoles ne sont pas tous couverts par la retraite forfaitaire puisque seuls les agriculteurs exerçant à titre principal ou exclusif sont redevables de la cotisation d'assurance vieillesse individuelle⁽²⁾.

Il existe ainsi quatre types de cotisations d'assurance vieillesse au régime des non-salariés agricoles⁽³⁾ :

– une cotisation plafonnée due pour chaque non-salarié agricole exerçant son activité à titre principal et qui correspond à la couverture de l'assurance vieillesse individuelle. Son taux est fixé à 3,32 % et l'assiette minimale correspond à 800 fois le Smic horaire agricole en vigueur le 1^{er} janvier de l'année considérée, soit 9 320 euros en 2024⁽⁴⁾ ;

– une cotisation plafonnée due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lui-même au titre de l'assurance vieillesse agricole. Cette cotisation est calculée au taux de 11,55 %⁽⁵⁾. Elle s'applique sur la base d'une assiette minimale de 600 fois le Smic horaire agricole pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (6 990 euros en 2024)⁽⁶⁾. Cette cotisation correspond à la couverture d'une partie de l'assurance vieillesse agricole ;

– une cotisation forfaitaire due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pour chaque aide familial ou conjoint collaborateur de son exploitation. Le taux de cette cotisation est le même que celui de la cotisation plafonnée due au titre

(1) Article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Le régime de retraite de base des non-salariés agricoles fait l'objet d'une présentation plus détaillée dans le commentaire de l'article 22.

(3) Article L. 731-42 du code rural et de la pêche maritime.

(4) Article D. 731-121 et 1° de l'article D. 731-120 du code rural et de la pêche maritime.

(5) Article D. 731-122 du code rural et de la pêche maritime.

(6) 2° de l'article D. 731-120 du code rural et de la pêche maritime.

de l'assurance vieillesse agricole des chefs d'exploitation (11,55 %) ⁽¹⁾, mais elle s'applique sur une assiette forfaitaire de 400 fois le Smic horaire agricole, soit 4 660 euros en 2024 ⁽²⁾ ;

– une cotisation dé plafonnée due uniquement par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole en son nom. Son taux, fixé à 2,24 % depuis 2017, passera à 2,36 % au 1^{er} janvier 2026 en application de l'article 5 du décret du 5 juillet 2024 fixant les modalités de calcul des cotisations contributions sociales des travailleurs indépendants.

Tandis que les deux premières cotisations s'appliquent aux revenus pris dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale, la dernière cotisation s'applique sur la totalité du revenu du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

● En l'état actuel du droit, les règles de cotisations d'assurance vieillesse applicables aux non-salariés agricoles à compter du 1^{er} janvier 2026 seraient donc les suivantes :

(1) Article D. 731-123 du code rural et de la pêche maritime.

(2) 3^o de l'article D. 731-120 du code rural et de la pêche maritime.

**TAUX DE COTISATIONS DES NON-SALARIÉS AGRICOLES ET DES TRAVAILLEURS
INDÉPENDANTS DU RÉGIME GÉNÉRAL**

	Chef d'exploitation à titre principal ou exclusif	Chef d'exploitation à titre secondaire	Collaborateur et membre de famille à titre principal ou exclusif	Collaborateur et membre de famille à titre secondaire	Travailleur indépendant au régime général
Assurance vieillesse individuelle – AVI (retraite forfaitaire)	3,32 % - assiette minimale de 800 Smic horaires	-	3,32 % - assiette minimale de 800 Smic horaires	-	-
Assurance vieillesse agricole – AVA (retraite proportionnelle)	11,55 % dans la limite du Pass 2,36 % ^(a) sur la totalité du revenu - assiette minimale de 600 Smic horaires	11,55 % dans la limite du Pass 2,36 % ^(a) sur la totalité du revenu - assiette minimale de 600 Smic horaires	11,55 % - assiette forfaitaire de 400 Smic horaires	11,55 % - assiette forfaitaire de 400 Smic horaires	-
Retraite de base régime général	-	-	-	-	17,15 % dans la limite du Pass 0,72 % ^(b) sur la totalité du revenu - assiette minimale 450 Smic horaires
Taux de cotisations d'assurance vieillesse de base	17,23 %	13,91 %	14,87 %	11,55 %	17,87 %

(a) Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2026 en application de l'article 5 du décret n° 2024-688 du 5 juillet 2024 fixant les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

(b) Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2025 en application de l'article 3 du décret n° 2024-688 précité.

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Le tableau ci-dessus illustre d'une part la complexité du régime de cotisations sociales des agriculteurs par rapport à celui des travailleurs indépendants. Il montre d'autre part à quel point l'effort contributif des non-salariés agricoles varie selon leur statut. Compte tenu du fonctionnement de ce régime à points, il en résulte de fortes inégalités de droits à la retraite entre chefs d'exploitation, conjoints collaborateurs et aides familiaux.

2. Les règles de cotisation des non-salariés agricoles présentent plusieurs spécificités par rapport à celles applicables dans d'autres régimes

Premièrement, le calcul de leurs cotisations peut se faire sur une assiette triennale. L'assuré qui opte pour un tel choix paie donc des cotisations sur la base des revenus professionnels des trois années passées, ce qui lui permet de lisser des variations annuelles de revenus sur une période plus longue.

Deuxièmement, à l’instar des travailleurs indépendants, les cotisations des non-salariés agricoles sont calculées sur la base d’une assiette minimale dont le montant est fixé par décret ⁽¹⁾. Le montant de cette assiette forfaitaire minimale varie selon le statut du non-salarié agricole et le caractère principal ou accessoire de son activité agricole (*cf. infra*). En d’autres termes, même lorsqu’un agriculteur ne produit aucun revenu sur une année donnée, il est redevable d’un montant de cotisations calculé sur la base de l’assiette minimale qui lui est applicable, ce qui lui permet d’acquiescer des droits à la retraite.

Troisièmement, leurs cotisations sont annualisées, c’est-à-dire que les non-salariés agricoles sont redevables de la totalité des cotisations dues pour une année civile dès lors qu’ils sont en activité au 1^{er} janvier de l’année considérée, y compris lorsque le chef d’exploitation ou d’entreprise agricole cesse son activité en cours d’année ⁽²⁾. Seul les cas de décès du chef d’exploitation ou d’entreprise agricole peuvent entraîner un calcul des cotisations au prorata de la période de l’année comprise entre le 1^{er} janvier et la date du décès. La conséquence de cette annualisation est que les non-salariés agricoles valident automatiquement quatre trimestres par an, ce qui leur assure une garantie supplémentaire pour leurs droits à la retraite.

II. LE DROIT PROPOSÉ : EN LIEN AVEC LA RÉFORME DU MODE DE CALCUL DES RETRAITES AGRICOLES, L’EFFORT CONTRIBUTIF DES NON-SALARIÉS AGRICOLES SERAIT PROGRESSIVEMENT ALIGNÉ SUR CELUI DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS ET LES RÈGLES APPLICABLES EN FONCTION DES STATUTS SERAIENT SIMPLIFIÉES

L’article 22 du présent projet de loi de financement modifie les règles de calcul de la pension de base des exploitants agricoles afin de permettre un calcul sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenu. Conformément aux préconisations du rapport rendu par l’Inspection générale des affaires sociales et le Conseil général de l’alimentation, de l’agriculture et des espaces ruraux, le présent article tire les conséquences de cette réforme sur l’architecture des cotisations dues par les non-salariés agricoles en la faisant converger vers celle applicable aux travailleurs indépendants non agricoles.

A. LES COTISATIONS D’ASSURANCE VIEILLESSE DE BASE SERAIENT RÉORGANISÉES EN MÊME TEMPS QUE LES ASSIETTES MINIMALES SERAIENT HARMONISÉES

● D’une part, le 5^o du I réorganise les cotisations dues par les non-salariés agricoles pour n’en retenir que deux :

– une cotisation due par les chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole, qu’ils exercent leur activité à titre principal ou secondaire, dont une partie porterait

(1) Article L. 731-11 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Article L. 731-10-1 du code rural et de la pêche maritime.

sur les revenus retenus dans la limite du plafond de la sécurité sociale (cotisation plafonnée) et une autre partie porterait sur l'ensemble des revenus (cotisation déplafonnée). Les taux applicables aux deux parties de cette cotisation seraient fixés, à terme, par référence à ceux applicables aux travailleurs indépendants⁽¹⁾. Cette cotisation correspondrait à la fusion des cotisations dues au titre de l'assurance vieillesse individuelle et de l'assurance vieillesse agricole, la distinction n'ayant plus de sens dans la mesure où la pension de retraite de base des exploitants agricoles serait désormais organisée autour d'une unique prestation ;

– une cotisation due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole au titre de chaque aide familial agricole et chaque conjoint collaborateur, qu'ils exercent leur activité à titre principal ou secondaire.

Aussi, la seule distinction qui serait faite entre les non-salariés agricoles relèverait de leur statut et non du caractère accessoire ou non de leur activité ce qui contribuera à une simplification bienvenue.

● La nouvelle rédaction de l'article L. 731-42 du code rural et de la pêche maritime maintient le principe d'une assiette minimale pour les cotisations des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole et d'une assiette forfaitaire pour les aides familiaux et les conjoints collaborateurs.

L'assiette minimale unique des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole correspondrait à l'actuelle assiette minimale de la cotisation d'assurance vieillesse agricole, soit 600 fois le Smic horaire agricole. Elle resterait donc supérieure à l'assiette minimale des travailleurs indépendants, laquelle est fixée à 450 fois le Smic horaire⁽²⁾. L'assiette forfaitaire des aides familiaux et conjoints collaborateurs serait quant à elle augmentée à 600 fois le Smic horaire, ce qui a pour effet d'augmenter leur effort contributif et de renforcer les droits qu'ils se constituent pour leurs retraites. Ces modifications relèvent du domaine réglementaire et ne sont donc pas prévues expressément par l'article 3.

Le maintien de la référence aux articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime permet également de conserver certaines spécificités applicables aux cotisations des non-salariés agricoles, en particulier de la possibilité d'opter pour l'assiette triennale. De la même manière, le principe d'annualisation des cotisations ne serait pas modifié afin de favoriser la création de droits.

(1) Définis à l'article L. 633-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article D. 633-2 du code de la sécurité sociale.

B. LE TAUX DE COTISATION DE L'ENSEMBLE DES NON-SALARIÉS AGRICOLES SERAIT PROGRESSIVEMENT ALIGNÉ SUR CELUI DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS DU RÉGIME GÉNÉRAL

1. Les taux de cotisations d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles seraient rehaussés

● La nouvelle rédaction de l'article L. 731-42 du code rural et de la pêche maritime prévoit que les taux applicables aux cotisations plafonnée et déplafonnée dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soient fixés par référence à ceux applicables aux travailleurs indépendants (**huitième alinéa de l'article 3**). Concrètement, ces taux seraient ainsi portés respectivement à 17,87 % et 0,72 %.

Il convient de relever qu'en application de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le taux de cotisation déplafonnée des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole a déjà fait l'objet d'une hausse de 0,12 point qui doit s'appliquer au 1^{er} janvier 2026 ⁽¹⁾.

Le taux de cotisation des aides familiaux et conjoints collaborateurs serait quant à lui relevé à un niveau égal à la somme des taux de cotisations plafonnée et déplafonnée des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole.

L'ampleur du relèvement de l'effort contributif dépendrait donc du statut des assurés :

– les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre exclusif ou principal verraient leur taux de cotisation augmenter de 0,64 point par rapport au droit existant ;

– les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre secondaire, qui ne sont pas redevables de la cotisation au titre de l'assurance vieillesse individuelle, verraient leur taux de cotisation augmenter de 3,96 points ;

– les aides familiaux et conjoints collaborateurs exerçant à titre exclusif ou principal, qui ne paient pas actuellement la cotisation déplafonnée au titre de l'AVA, verraient leur taux de cotisation augmenter de 3 points ;

– les aides familiaux et conjoints collaborateurs exerçant à titre secondaire, qui ne sont pas redevables de la cotisation au titre de l'assurance vieillesse individuelle ni de la cotisation déplafonnée au titre de l'assurance vieillesse agricole verraient leur taux de cotisation augmenter de 6,32 points.

Le rapporteur général regrette que l'annexe 9 ne présente pas l'impact de ces hausses sur le niveau des cotisations payées par les non-salariés agricoles.

(1) En application de l'article 5 du décret n° 2024-688 du 5 juillet 2024 fixant les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

L'impact financier de cette mesure serait relativement limité à l'échelle des Robss puisqu'il serait de 38 millions d'euros par an en 2029. La moitié de cet effort supplémentaire serait portée par les non-salariés agricoles exerçant à titre secondaire alors qu'ils ne représentent que 12 % de la population affiliée au régime. Si cet effort peut paraître conséquent en première analyse, il conduira toutefois ces personnes à constituer davantage de droits à la retraite. Elles pourront en outre bénéficier de l'ouverture du droit aux minima de pensions du régime agricole – de base comme complémentaire – prévue à l'article 22.

● L'augmentation du taux de cotisation des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole exerçant leur activité à titre principal serait effective le 1^{er} janvier 2026, de façon concomitante à l'entrée en vigueur de la réforme des retraites agricoles ⁽¹⁾. Compte tenu de l'ampleur de la hausse de l'effort contributif que cette mesure représente pour les chefs d'exploitation et d'entreprise exerçant à titre secondaire et pour les aides familiaux et conjoints collaborateurs, l'alignement des taux sur ceux applicables aux travailleurs indépendants se ferait progressivement. C'est ainsi que le **III** du présent article prévoit que les taux des cotisations de ces non-salariés agricoles dues pour les périodes comprises entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2028 seraient fixés par décret « *de manière à résorber progressivement, chaque année, les écarts* » avec le taux de cotisation des travailleurs indépendants.

La trajectoire de hausse des taux de cotisation est décrite à l'annexe 9 du projet de loi de financement. La mesure s'appliquera donc pleinement aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2029.

TRAJECTOIRE D'ÉVOLUTION PROGRESSIVE DES TAUX DE COTISATIONS DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

	Chef d'exploitation à titre principal ou exclusif	Chef d'exploitation à titre secondaire	Collaborateur et membre de famille à titre principal ou exclusif	Collaborateur et membre de famille à titre secondaire
Taux au 1 ^{er} janvier 2026 sans réforme	17,23 %	13,91 %	14,87 %	11,55 %
2026	17,87 %	14,87 %		13,05 %
2027		15,87 %		14,55 %
2028		16,87 %		
2029		17,87 %		

Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(1) Si celle-ci s'applique aux personnes demandant la liquidation de leur retraite à compter du 1^{er} janvier 2026, elle ne sera toutefois opérationnelle qu'à compter du 1^{er} janvier 2028. Cela implique un mécanisme complexe de double liquidation qui fait l'objet d'une présentation au commentaire de l'article 22.

2. Certaines dispositions du code rural et de la pêche maritime seraient toilettées

• Le **1° du I** opère un toilettage à l'article L. 731-10 du code rural et de la pêche maritime, qui porte sur la compétence des caisses de mutualité sociale agricole pour le recouvrement des cotisations sociales des exploitants agricoles, afin de supprimer la mention selon laquelle le taux des cotisations des exploitants agricoles est fixé par décret et celle précisant que le taux de la cotisation de prestations familiales est fixé en application de l'article L. 242-12 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Les dispositions relatives aux modalités de fixation du taux desdites cotisations sont ainsi déplacées aux articles relatifs à chacune de ces cotisations (*cf. infra*).

Le **2° du I** supprime la précision inscrite à l'article L. 731-11 du code rural et de la pêche maritime selon laquelle les cotisations relatives à l'assurance vieillesse dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant à titre principal ne peuvent être inférieures à un minimum défini par décret. Cette mention deviendrait en effet superflue puisqu'elle serait désormais inscrite à l'article L. 731-42 du même code.

Le **3° du I** aligne le taux de cotisations d'allocations familiales des non-salariés agricoles sur celui applicable aux cotisations dues par les travailleurs indépendants ⁽²⁾. Cette modification est purement légistique puisque la méthode de calcul du taux de cotisations d'allocations familiales des non-salariés agricoles est déjà identique à celle des travailleurs indépendants.

Le **4° du I** précise que le taux des cotisations maladie dues par les retraités en application de l'article L. 731-37 du code rural et de la pêche maritime est fixé par décret.

3. Les règles actuelles continueraient de s'appliquer aux agriculteurs ultramarins le temps que la réforme de leur assiette de cotisations n'est pas entrée en vigueur

L'article 3 prévoit le maintien des règles de cotisations des non-salariés agricoles résidant en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin à titre transitoire (**6° à 8° du I**).

Selon les informations annexées au projet de loi de financement, les nouvelles règles de cotisations s'appliqueraient en même temps qu'entrerait en vigueur la réforme de l'assiette sociale des agriculteurs ultramarins, laquelle est sensiblement différente de celle des non-salariés agricoles de l'Hexagone puisque basée sur la superficie pondérée de l'exploitation ⁽³⁾.

(1) Cet article ayant été abrogé par l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale.

(2) 2° de l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 781-11 du code de la sécurité sociale.

Pour ce faire, le **II** de l'article 3 complète l'habilitation à procéder à la réforme de l'assiette sociale des agriculteurs ultramarins par ordonnance prévue à l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

*

* *

Article 4

Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales lié à l'emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi et relèvement du plafond d'exonération totale de 1,20 Smic à 1,25 Smic

Cet article pérennise l'exonération de cotisations patronales pour l'embauche, sous conditions, de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), c'est-à-dire de saisonniers agricoles, qui devait cesser à la fin de l'année 2025.

Il relève dès le 1^{er} mai 2024 son plafond de 1,20 à 1,25 fois le salaire minimum.

I. LE DROIT EXISTANT

Instituée il y a près de trente ans, l'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) – l'usage faisant que le dispositif lui-même ait pris le nom de ces salariés – contribue à la compétitivité des exploitations agricoles (A) de manière plus favorable que les allègements généraux (B). Elle s'est récemment vue borner, mais son extinction a plusieurs fois été prolongée (C).

A. UNE EXONÉRATION CIBLÉE POUR L'EMBAUCHE DE SAISONNIERS

L'encadrement du TO-DE est cohérent par rapport au soutien envers la production agricole primaire, affectée par la concurrence internationale.

- Le premier alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime pose le principe suivant lequel « *les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations [à leur charge] pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient* ».

Si les **entreprises éligibles** au TO-DE correspondent à la plupart de celles affiliées à la Mutualité sociale agricole (MSA), en sont exclus, sur le fondement du V du même article ou celui de renvois à l'article L. 722-1 du même code : les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA), les coopératives de transformation, de conditionnement et de commercialisation, les entreprises paysagistes, les structures exerçant des activités de tourisme à la ferme, les entreprises de services (caisses de MSA, groupements professionnels agricoles, chambres d'agriculture, etc.), les artisans ruraux, les entreprises de travail temporaire (ETT) ou temporaire d'insertion (ETTI) et les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers (ETARF).

- Le troisième alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime définit les contrats de travail dont les **travailleurs occasionnels** peuvent être signataires, à savoir :

– les contrats à durée déterminée (CDD) saisonniers, c'est-à-dire ceux « dont les tâches sont appelées à se répéter chaque année selon une périodicité à peu près fixe, en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs ou emplois pour lesquels, dans certains secteurs d'activité définis par décret ou par convention ou accord collectif de travail étendu, il est d'usage constant de ne pas recourir au contrat de travail à durée indéterminée en raison de la nature de l'activité exercée et du caractère par nature temporaire de ces emplois » ⁽¹⁾ ;

– les contrats conclus pour les vendanges ⁽²⁾ ;

– les CDD d'usage et les CDD d'insertion (CDDI) conclus par une entreprise d'insertion ou par une association intermédiaire ;

– les contrats d'initiative pour l'emploi (CIE) conclus notamment dans le cadre du contrat unique d'insertion (CUI).

• Le II du même article précise que les **demandeurs d'emploi** inscrits auprès de l'opérateur France travail ⁽³⁾ depuis au moins quatre mois, ou depuis au moins un mois si cette inscription fait suite à un licenciement, sont assimilés à des travailleurs occasionnels s'ils sont recrutés par un groupement d'employeurs composé exclusivement de membres exerçant les activités éligibles.

Aux termes du troisième alinéa du I dudit article, les **tâches** des deux types de salariés doivent être « temporaires » et liées soit au « cycle de la production animale et végétale », soit aux « activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole », à la condition dans ce cas qu'elles « constituent le prolongement direct de l'acte de production ».

• Le dernier alinéa de l'article D. 741-58 du même code fixe la durée maximale d'exonération à **cent dix-neuf jours ouvrés**, consécutifs ou non, par année civile pour un même salarié.

• Aux yeux du rapporteur général, le TO-DE est primordial car le secteur agricole, au sein duquel en tout premier lieu la viticulture, l'arboriculture et le maraîchage, connaît au cours de périodes ramassées des besoins de main-d'œuvre considérables, ce qui le rend vulnérable à la concurrence des pays voisins.

En moyenne, 73 000 employeurs de la production y ont recours, soit près de la moitié d'entre eux, ce qui représente 900 000 contrats pour une masse salariale de 1,8 milliard d'euros et un volume de 150 millions d'heures, soit 25 % du temps d'emploi dans la production agricole primaire. Le ministère chargé de l'agriculture se donne même, à en croire l'indicateur de performance figurant dans les annexes du projet de loi de finances (PLF), le taux de 31 % pour objectif.

(1) 3° de l'article L. 1242-2 du code du travail.

(2) Sous-section 2 de la section 3 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre VII du code rural et de la pêche maritime.

(3) France travail tient la liste mentionnée au 3° du I de l'article L. 5312-1 du code du travail.

L'exonération dite TO-DE réduit l'incitation de l'emploi illégal, ce qui permet aux saisonniers, en même temps, de voir leur salaire augmenter sans que cela pèse sur leur employeur et de se constituer davantage de droits sociaux.

B. UN SOUTIEN PLUS IMPORTANT QUE LES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX

Aux termes des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, l'exonération dite TO-DE suit un **barème dégressif linéaire**, dont la formule figure à l'article D. 741-60 du même code, étant entendu qu'elle est « *totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 20 %* » puis qu'elle « *devient nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 60 %* ».

L'exonération est le plus souvent totale. En effet le salaire moyen des saisonniers agricoles était de 1,14 fois le Smic en 2021. Comme le souligne l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, à ce niveau, le TO-DE réduit les cotisations de 33 points de plus que les allègements généraux (100 % contre 67 %).

- En cas de dépassement, pour chaque salarié, du plafond de cent dix-neuf jours, la seconde phrase du VI de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime indique que l'employeur peut demander à la MSA de renoncer au TO-DE pour se voir appliquer la réduction dégressive prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Il est souvent fait référence à cette disposition en tant que bascule de droit dans les allègements généraux.

- La seconde phrase du VII de l'article L. 741-16 prévoit que le bénéfice du TO-DE n'est **pas cumulable avec une autre exonération de cotisations patronales** ou une minoration de taux ou d'assiettes, sauf la déduction forfaitaire spécifique (DFS) prévue à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale.

C. UNE MESURE RÉGULIÈREMENT PROLONGÉE

Trouvant ses origines il y a plus de cinquante ans **(1)**, le TO-DE devait cesser d'exister à la fin de 2020. Mais ce terme a déjà été repoussé **(2)**.

1. Un allègement ancien

Le dernier alinéa de l'article 1031 de l'ancien deuxième code rural ⁽¹⁾ prévoyait déjà, depuis l'entrée en vigueur de l'article 4 de la loi n° 72-965 du 25 octobre 1972 relative à l'assurance des travailleurs de l'agriculture contre les

(1) Un premier code rural a existé de 1881 à 1955, puis un deuxième jusqu'en 1981, année où a été adopté le troisième. Il a pris le nom de code rural et de la pêche maritime avec l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2010-462 du 6 mai 2010, prise sur le fondement de l'habilitation votée à l'article 69 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures et ratifiée par l'article 74 de la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

accidents du travail et les maladies professionnels, que « *le ministre de l'agriculture fixe par arrêté le taux des cotisations forfaitaires pour certaines catégories de travailleurs occasionnels [...]* ».

Le principe d'une baisse des taux a été substitué à celui d'un montant forfaitaire par l'article 62 de la loi n° 95-95 du 1^{er} février 1995 de modernisation de l'agriculture, aux termes duquel « *lorsqu'ils embauchent des travailleurs occasionnels ou des demandeurs d'emploi inscrits à ce titre à l'Agence nationale pour l'emploi pendant une durée minimale fixée par décret, en vue d'exercer [certaines] activités [...], les chefs d'exploitation et d'entreprise agricoles [...] versent des cotisations d'assurances sociales et d'accidents du travail calculées en application de taux réduits* ».

Devenu l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime sur le fondement de l'article 1^{er} et de l'annexe I de l'ordonnance n° 2000-550 du 15 juin 2000 ⁽¹⁾, l'article 1031 de l'ancien code rural a été abrogé par le 2° du I de l'article 6 de la même ordonnance.

L'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime a depuis lors toujours fait référence à une exonération en fonction de seuils et pour des publics qui ont varié, ainsi que le résume le tableau suivant.

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS DE L'ASSIETTE DE L'EXONÉRATION DITE TO-DE DE 2000 À 2019

	Base légale	Champ	Contrats éligibles
2000-2010	Art. 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ; art. 27 de la loi du 5 janvier 2006 ⁽²⁾	Exonération totale de cotisations familiales pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,5 fois le Smic ; taux réduit de moitié pour les rémunérations entre 1,5 et 1,6 fois le Smic	Travailleurs occasionnels : CDD Demandeurs d'emploi : CDD ou CDI intermittents
2010-2013	Art. 13 de la loi de finances rectificative pour 2010 ; art. 144 de la loi de finances initiale pour 2011	Exonération totale pour les rémunérations inférieures ou égales à 2,5 fois le Smic ; dégressive pour les rémunérations entre 2,5 et 3 fois le Smic	Travailleurs occasionnels : CDD saisonniers ou d'usage Demandeurs d'emploi : CDD ou CDI intermittents dans un groupement d'employeurs
2013-2019	Art. 93 de la loi de finances initiale pour 2013	Exonération totale pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,25 fois le Smic ; dégressive pour les rémunérations entre 1,25 et 1,5 fois le Smic	

Source : tome II du rapport n° 339 de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(1) *Prise sur le fondement de l'habilitation donnée au 1° de l'article 1^{er} de la loi n° 99-1071 du 16 décembre 1999 portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes et ratifiée par le 3° du 1 de l'article 31 de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit.*

(2) *Loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole.*

2. Un bornage en 2019, puis des prorogations

Dans le cadre de la transformation du crédit d'impôt sur les sociétés pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit de taxe sur les salaires (CITS) en une hausse des allègements généraux sur les bas salaires – de quatre points pour ceux inférieurs ou égaux au montant du Smic – et une pérennisation des allègements sur les salaires intermédiaires – de six points pour les salaires inférieurs ou égaux à 2,5 fois le Smic –, l'article 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoyait la suppression immédiate du TO-DE.

Néanmoins, les travaux parlementaires avaient prévu un dispositif transitoire pour deux années supplémentaires. Au lieu d'une exonération totale jusqu'à 1,25 fois le Smic puis dégressive jusqu'à s'annuler à 1,5 fois le Smic, l'allègement devenait total jusqu'à 1,2 fois le Smic puis décroissait jusqu'à 1,6 fois le Smic (seuil de passage dans les allègements généraux).

Compte tenu de la crise pandémique, l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 avait ensuite prorogé cet allègement jusqu'à la fin de l'année 2023.

Dans sa version déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale, l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoyait le maintien de ce dispositif pour une année supplémentaire afin de répondre aux difficultés causées par la guerre en Ukraine.

En première lecture, le texte sur lequel le Gouvernement avait engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution avait intégré l'**amendement, adopté par la commission des affaires sociales, repoussant la validité du TO-DE à la fin de l'année 2025** ⁽¹⁾.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Une baisse supplémentaire du coût du travail en agriculture sera permise par la hausse du seuil de rémunération sous lequel aucune cotisation n'est due **(A)** et par la pérennisation du TO-DE, qui se serait normalement éteint dans un an **(B)**.

A. UNE HAUSSE DU PLAFOND D'EXONÉRATION

Le **I** de l'article 4 modifie le cinquième alinéa du **I** de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime pour **faire passer de 20 % à 25 % le taux de majoration du Smic en deçà duquel l'exonération dite TO-DE est totale.**

Cette évolution sera applicable aux cotisations dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du **1^{er} mai 2024.**

(1) Amendement n° AS237 de M. Thibault Bazin.

B. UNE PÉRENNISATION AU DELÀ DE 2025

Le **II** de l'article 4 abroge le 4° du **III** de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui avait prévu l'abrogation de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, initialement à compter du 1^{er} janvier 2021, puis 2023 et enfin 2026.

C. L'INCIDENCE FINANCIÈRE

Modéré à court terme mais appelé à progresser nettement **(1)**, le coût de la suppression du bornage du TO-DE et de son rehaussement sera compensé à la sécurité sociale par l'État **(2)**.

1. Une montée en charge échelonnée

Nul pour la sécurité sociale du fait de sa prise en charge par le ministère de l'agriculture, le coût du dispositif serait limité pendant deux exercices d'après l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, puis de plus de 600 millions d'euros dès 2026.

Dans un premier temps, l'effet serait celui du rehaussement du plafond d'exonération totale à 1,25 fois le Smic, applicable aux prélèvements dus pour les périodes d'emploi débutant au 1^{er} mai 2024. L'estimation est de **14 millions d'euros en 2024 puis 18 millions d'euros en 2025**, le chiffre en année pleine ne dépassant que peu celui pour huit mois seulement, dans la mesure où l'embauche de saisonniers agricoles a très majoritairement lieu du printemps à l'automne, pour des raisons évidentes.

L'incidence serait de **624 millions d'euros en 2026**, moment auquel l'exonération devait intégralement disparaître, puis **636 millions d'euros en 2027** et **648 millions d'euros en 2028**, dans la mesure où se cumuleraient le passage au nouveau plafond (18 millions d'euros) et la pérennisation elle-même du TO-DE (surplus), sous l'hypothèse générale d'un recours croissant.

2. Un effort assumé par l'État

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pose le principe suivant lequel l'État attribue des recettes fiscales ou des crédits aux organismes de sécurité sociale afin de compenser toute mesure de réduction ou d'exonération instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi dite Veil ⁽¹⁾, toute mesure soit de réduction ou d'exonération de contributions, soit de réduction ou d'abattement d'assiette de cotisations ou contributions instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi dite « Douste-Blazy » ⁽²⁾ ou toute mesure de transferts de charges.

(1) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(2) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de finances initiale pour 2023, les effets du TO-DE – dont environ les deux tiers pour la MSA et le dernier pour l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco), le Fonds national d'aide au logement (Fnal) et l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic), association paritaire gérant l'assurance chômage –, sont intégralement neutralisés par des crédits de la mission *Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales* du budget général de l'État :

– la part de l'exonération dont le périmètre est le même que celui des allègements généraux, antérieurement couverte par l'affectation aux régimes concernés d'une fraction du produit de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), est l'unique objet de son programme 381 *Allègements du coût du travail en agriculture*, soit 433 millions d'euros pour l'exercice clos ⁽¹⁾ puis une prévision de 423 millions d'euros pour celui en cours ;

– la part correspondant au surplus du TO-DE comparativement aux allègements généraux, donc au plateau d'exonération totale jusqu'à 1,20 fois le Smic, constitue l'essentiel des charges de l'action 25 *Protection sociale* du programme 149 *Compétitivité et durabilité de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt* et a mobilisé 134 millions d'euros l'année passée, montant qui devrait s'élever à 155 millions d'euros cette année.

Le rapporteur spécial de la commission des finances a préconisé sous la XVI^{ème} législature de rassembler les deux lignes dans le programme 149, notant que « *la distinction [a] pour seules conséquences de complexifier le travail des gestionnaires et de méconnaître le cadre organique* » ⁽²⁾. Dans sa note d'analyse de l'exécution budgétaire (NEB) de la même mission, annexée au rapport sur le budget de l'État (RBDE) pour 2023, la Cour des comptes déplorait une « *absence de ligne de partage* » entre les deux unités de compensation du TO-DE, sans « *aucun élément éclairant apporté par le ministère* ».

Le projet annuel de performance (PAP) de la mission *Agriculture*, joint au projet de loi de finances pour 2025, mentionne ainsi 448,5 millions d'euros sur le programme 381 et 163,5 millions d'euros au titre du TO-DE sur l'action 25 du programme 149, soit une dépense de l'État de **612 millions d'euros en 2025** compensant à la perte de recettes sinon accusée par les régimes sociaux, ce qui correspond au coût en rythme de croisière augmenté de 18 millions d'euros.

*

* *

(1) La dotation du programme 381 au titre de la loi de finances initiale pour 2023 était de 427 millions d'euros. L'affinement du calcul de la créance en cours d'année a nécessité le dégel des 25,6 millions d'euros qui avaient été mis en réserve et l'abondement de 6 millions d'euros par la loi de finances de fin de gestion pour 2023.

(2) Contribution n° 3 de M. Pascal Lecamp, rapporteur spécial, au tome II du rapport n° 2698 de M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général, sur le projet de loi relative aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes de l'année 2023, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2024. Ce projet de loi n'ayant pas été examiné en séance publique compte tenu de la dissolution de l'Assemblée nationale par décret du Président de la République du 9 juin 2024, il a été redéposé et a fait l'objet d'un nouvel examen (rapport n° 3 de M. Charles de Courson, rapporteur général, enregistré à la résidence de l'Assemblée nationale le 25 septembre 2024).

Article 5

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

Cet article permet aux jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole de cumuler le bénéfice de l'exonération partielle dégressive de cotisations sociales dont ils bénéficient avec la réduction des taux des cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie et maternité instaurée au profit des travailleurs indépendants.

I. LE DROIT EXISTANT : LES JEUNES AGRICULTEURS SONT ÉLIGIBLES À PLUSIEURS DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES TAUX DE COTISATIONS SOCIALES DISTINCTS ET NON CUMULABLES

A. LES JEUNES AGRICULTEURS BÉNÉFICIENT D'UNE EXONÉRATION SPÉCIFIQUE OU DE RÉDUCTIONS DE TAUX DE COTISATIONS FAMILLE ET MALADIE

1. Une exonération ciblée applicable aux jeunes agriculteurs

● Depuis 1985 ⁽¹⁾, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole âgés de 18 à 40 ans bénéficient d'une exonération partielle des cotisations des branches maladie, vieillesse et famille dont ils sont redevables pour eux-mêmes ⁽²⁾.

La période d'application de ce dispositif est de cinq ans à compter de la première année civile au titre de laquelle ces cotisations sont dues ⁽³⁾. Le taux d'exonération décroît tout au long de cette période : il est ainsi de 65 % la première année, puis de 55 % la deuxième, de 35 % la troisième, de 25 % la quatrième et enfin de 15 % la dernière ⁽⁴⁾.

Le bénéfice de cette exonération est suspendu en cas de cessation temporaire d'activité et rétabli lorsque la durée de cette interruption n'excède pas trente-six mois ⁽⁵⁾.

(1) Décret n° 85-570 du 4 juin 1985 relatif à l'exonération partielle des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non-salariées agricoles par les jeunes agriculteurs (abrogé). Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 1999, les âges d'entrée et de sortie du dispositif étaient respectivement de 21 et de 35 ans. La durée d'exonération était par ailleurs limitée à trois ans avant d'être portée à cinq ans par l'article 10 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001. Il convient enfin de rappeler que les chefs d'entreprise agricole étaient exclus du dispositif avant que l'article 19 de la loi n° 2001-602 du 9 juillet 2001 d'orientation sur la forêt leur en ouvre le bénéfice. Concernant l'évolution des critères d'éligibilité à cette exonération, cf. annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2023, pp. 196-197.

(2) Article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Ibid.

(4) Article D. 731-52 du code rural et de la pêche maritime.

(5) Article D. 731-54 du code rural et de la pêche maritime.

Le montant de cette exonération ne peut excéder un plafond égal au produit du taux des cotisations entrant dans le champ d'application de celle-ci par le taux d'exonération applicable à l'année d'exploitation considérée et une fraction du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), laquelle est égale à 40 % de ce dernier ⁽¹⁾.

Le tableau ci-dessous présente les montants maximums des réductions de cotisations dues au titre de l'année 2024.

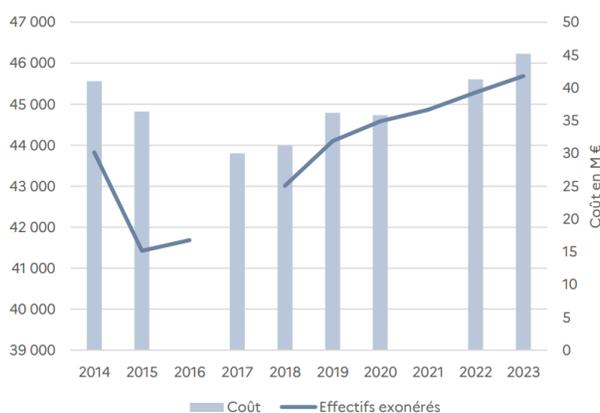
TAUX ET MONTANT MAXIMUM DE L'EXONÉRATION APPLICABLE AUX JEUNES AGRICULTEURS - 2024

Année d'exploitation	Taux d'exonération	Montant maximum (plafond)
1 ^{ère} année	65 %	3 612 €
2 ^e année	55 %	3 056 €
3 ^e année	35 %	1 945 €
4 ^e année	25 %	1 389 €
5 ^e (et dernière) année	15 %	834 €

Source : Mutualité sociale agricole (MSA), janvier 2024.

● En 2023, 45 687 déclarants bénéficiaient de ce dispositif et les pertes de recettes liées à ce dernier atteignaient 45,2 millions d'euros ⁽²⁾. La mise en place de cette exonération étant antérieure à l'entrée en vigueur de la règle selon laquelle toute nouvelle mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale par le budget de l'État ⁽³⁾, son coût n'est pas compensé ⁽⁴⁾.

ÉVOLUTION DU COÛT ET DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'EXONÉRATION « JEUNES AGRICULTEURS »



Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2023, p. 197.

(1) Article D. 731-56 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, p. 197.

(3) Article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(4) Annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2023, p. 197.

2. La réduction du taux des cotisations famille et maladie

Des réductions dégressives de cotisations sociales ont par ailleurs été instituées au profit de l'ensemble des travailleurs indépendants. Celles-ci correspondent à deux dispositifs juridiquement distincts qui portent respectivement sur les cotisations d'allocations familiales et les cotisations d'assurance maladie et maternité.

● La réduction du taux des cotisations famille, bénéficie aux travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à 140 % de la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), lequel s'élève à 46 368 euros depuis le 1^{er} janvier 2024 ⁽¹⁾.

Cette exonération a été créée par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité » sous la forme d'une réduction de cotisations d'allocations familiales ne pouvant excéder 3,1 points ⁽²⁾. Celle-ci constituait le pendant, pour cette catégorie d'actifs, de l'exonération proportionnelle des cotisations employeurs d'allocations familiales instituée au profit des salariés (dite « bandeau famille »).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a ensuite relevé de 3,1 points à 5,25 points le plafond de la réduction de taux permise par cette exonération ⁽³⁾. L'objet de cette disposition était de compenser le relèvement du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point prévu par la même loi de financement en neutralisant l'incidence de celle-ci sur l'effort contributif des travailleurs indépendants.

L'exonération est totale jusqu'à 110 % du Pass, soit environ 51 000 euros en 2024. Elle est ensuite dégressive, le taux de cotisation augmentant de façon linéaire en fonction du revenu jusqu'à 140 % du Pass, soit environ 64 900 euros en 2024. Les travailleurs indépendants dont le revenu dépasse cette dernière borne sont redevables des cotisations d'allocations familiales au taux de 3,15 % ⁽⁴⁾. Les non-salariés agricoles entrent dans le champ d'application de ce barème au même titre que les autres travailleurs indépendants ⁽⁵⁾.

(1) Article L. 613-1 du code de la sécurité sociale et arrêté du 19 décembre 2023 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2024.

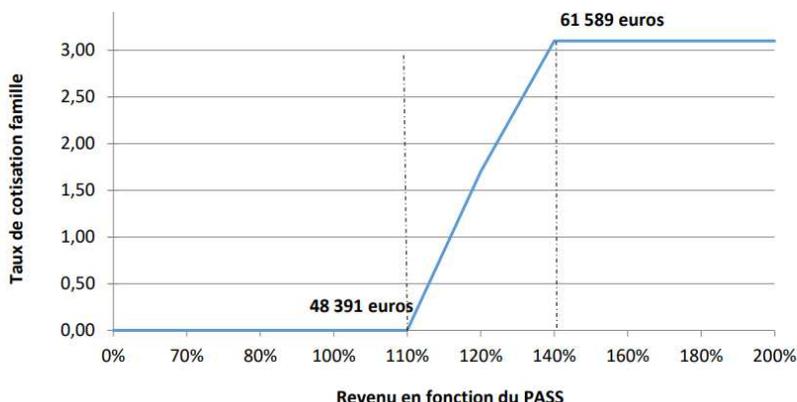
(2) Article 2 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

(3) Article 8 de la loi n° 2018-1836 du 17 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Article D. 613-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Article L. 731-25 du code rural et de la pêche maritime.

ÉVOLUTION DU TAUX DES COTISATIONS D'ALLOCATIONS FAMILIALES DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS AGRICOLES ET NON AGRICOLES



Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2023, p. 76.

Le calcul des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants

Pour les assujettis dont le revenu d'activité est inférieur à 110 % de la valeur du Pass ou supérieur à 140 % de celle-ci, le taux des cotisations d'allocations familiales est proportionnel au revenu : ce taux est ainsi nul dans le premier cas et égal à 3,10 % dans le second.

En revanche, les revenus compris entre 110 % et 140 % du Pass – soit entre 48 391 euros et 61 589 euros en 2024 – font l'objet d'une réduction dégressive du taux des cotisations d'allocations familiales. Celui-ci est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Taux} = [T / (0,3 \times \text{Pass})] \times (r - 1,1 \times \text{Pass}),$$

où :

- T est le taux de cotisation de droit commun, fixé à 3,10 % ;
- Pass est la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- r est le montant du revenu d'activité ⁽¹⁾.

À titre d'exemple, pour un revenu d'activité de 55 000 euros, ce taux s'élève à :

$$[3,10 / (0,3 \times 46\,368)] \times (55\,000 - 1,1 \times 46\,368) = 0,89 \%$$

(1) Article D. 613-1 du code de la sécurité sociale.

● Il est important de noter que le bénéfice de cette réduction de cotisations ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à celles-ci, à l'exception de l'aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise (Acre) et de la réduction des cotisations d'assurance maladie et maternité décrite ci-après ⁽¹⁾. Ainsi, cette réduction de taux n'est pas cumulable avec l'exonération spécifique dont bénéficient les jeunes agriculteurs.

(1) Article L. 613-1 du code de la sécurité sociale précité. Prévue par l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale, l'Acre constitue une exonération de cotisations sociales accordée aux créateurs et aux repreneurs d'entreprise et s'applique à la fraction de leur revenu qui est inférieure au Pass.

• Les travailleurs indépendants bénéficient également, en fonction de leurs revenus, d'une réduction du taux des cotisations maladie et maternité dont ils sont redevables. Pour les cotisations dues au titre des périodes courant jusqu'au 31 décembre 2024, cette réduction s'applique aux travailleurs indépendants dont le revenu net annuel est inférieur à 110 % du Pass. Le niveau de cette exonération varie selon le statut professionnel ⁽¹⁾. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2022 ⁽²⁾, les personnes exerçant une profession libérale et les non-salariés agricoles dont les revenus sont inférieurs à 40 % du Pass sont exonérés de cotisations maladie-maternité.

Au-delà de ce seuil, le taux de cotisation fait l'objet d'une réduction dégressive jusqu'à 110 % du Pass. Il est ainsi compris :

– entre 0 % et 4 % pour les revenus compris entre 40 % du Pass, soit environ 18 500 euros, et 60 % du Pass, soit environ 27 800 euros ;

– entre 4 % et 6,5 % pour les revenus compris entre 60 % du Pass, soit environ 27 800 euros, et 110 % du Pass, soit environ 51 000 euros.

À compter du 1^{er} janvier 2025, un nouveau barème de cotisations d'assurance maladie s'appliquera à l'ensemble des travailleurs indépendants non agricoles, et sera ensuite étendu aux non-salariés agricoles à partir du 1^{er} janvier 2026 ⁽³⁾. La révision du barème des cotisations maladie tire les conséquences de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants introduite par l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽⁴⁾, laquelle se traduit à la fois par une baisse du montant dû au titre des contributions sociales et par une augmentation des taux des cotisations vieillesse et maladie. Le barème des cotisations famille reste en revanche inchangé, ce qui explique la stabilité du dispositif de réduction de taux applicable à celles-ci.

Aussi, les travailleurs indépendants dont le montant annuel de l'assiette des cotisations n'excède pas trois fois le Pass bénéficieront d'une réduction du taux de la cotisation maladie et maternité selon un barème progressif. Ce taux sera nul pour les travailleurs indépendants dont l'assiette de cotisations est inférieure à 20 % du Pass et augmentera ensuite jusqu'à 300 % du Pass, niveau au-delà duquel s'appliquera le taux de base de 8,50 % ⁽⁵⁾.

(1) Article D. 621-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du décret n° 2022-1529 précité.

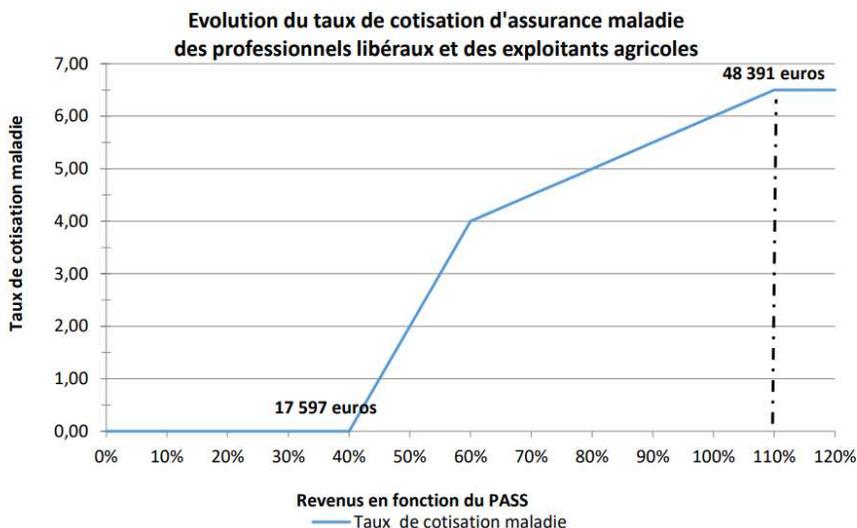
(2) Article 3 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

(3) Article 6 du décret n° 2024-688 du 5 juillet 2024 fixant les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

(4) Article 18 de la loi n° 2023-125 du 26 décembre de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(5) Article D. 621-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du décret n° 2024-688 du 5 juillet 2024 fixant les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

TAUX DES COTISATIONS D'ASSURANCE MALADIE DUES PAR LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX (JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2024) ET LES EXPLOITANTS AGRICOLES (JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2025)



Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2023, p. 72.

À l'instar de la réduction du taux des cotisations famille, l'exonération partielle des cotisations maladie n'est cumulable qu'avec celle-ci et avec l'aide aux créateurs et aux repreneurs d'entreprise ⁽¹⁾.

B. DEPUIS 2022, LES JEUNES AGRICULTEURS JOUISSENT D'UN DROIT D'OPTION ENTRE L'EXONÉRATION SPÉCIFIQUE DONT ILS BÉNÉFICIENT ET LES RÉDUCTIONS DE COTISATIONS INSTITUÉES AU PROFIT DE L'ENSEMBLE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

La diminution du taux d'exonération tout au long de la période de mise en œuvre de ce dispositif peut conduire à ce que celui-ci se révèle, notamment à compter de la quatrième année d'exploitation, moins avantageux que les réductions de taux de droit commun, à rebours de l'objectif qui sous-tendait l'instauration de cette exonération ciblée.

Aussi, la loi du 18 août 2022 précitée a permis aux jeunes agriculteurs d'opter pour le régime qui leur est le plus favorable.

• Si les jeunes agriculteurs ne peuvent bénéficier à la fois de l'exonération spécifique et des réductions de cotisations de droit commun, il leur est loisible, depuis le 1^{er} janvier 2022, d'opter pour le régime qui leur est le plus favorable ⁽²⁾. Pour exercer ce droit d'option, les bénéficiaires de l'exonération spécifique doivent déposer une demande auprès de la caisse de mutualité sociale agricole dont ils

(1) Il de l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

relèvent, au plus tard le 30 juin de l'année à partir de laquelle ils souhaitent en bénéficier. L'exercice de ce droit d'option vaut renonciation totale et irrévocable à l'exonération spécifique ⁽¹⁾.

Ce droit d'option permet aux jeunes agriculteurs de bénéficier, durant les cinq années suivant leur installation, d'une réduction de cotisations au moins aussi élevée que les autres travailleurs indépendants. Il ne remet cependant pas en cause l'interdiction de cumuler le bénéfice de l'exonération spécifique et des réductions de taux de droit commun.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : PERMETTRE AUX JEUNES AGRICULTEURS DE CUMULER LE BÉNÉFICE DE L'EXONÉRATION « JA » ET DES RÉDUCTIONS DE TAUX DE DROIT COMMUN

● Conformément à l'engagement pris par le Gouvernement le 21 février dernier, le présent article permet aux jeunes agriculteurs de bénéficier à la fois de l'exonération spécifique instituée à leur avantage et des réductions de taux établies au profit de l'ensemble des travailleurs indépendants.

Dans cette perspective, le **I** ajoute l'exonération « jeunes agriculteurs » à la liste des réductions et des abattements de cotisations dont le bénéfice peut être cumulé, d'une part, avec la réduction du taux des cotisations d'assurance maladie prévue à l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale (**1°** du **I**) et, d'autre part, avec celle du taux des cotisations d'allocations familiales instituée par l'article L. 621-3 du même code (**2°** du **I**).

Le **II** tire les conséquences de cette modification en supprimant l'option introduite par la loi du 16 août 2022 précitée, laquelle serait dorénavant sans objet. D'une part, le **1°** supprime le deuxième alinéa de l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime qui définit cette faculté et précise ses conditions d'exercice. D'autre part, le **2°** tire les conséquences de cette modification au dernier alinéa du même article, en supprimant la mention de cette option.

Aussi le cumul du bénéfice de ces dispositifs s'applique-t-il aux cotisations dues à compter du 1^{er} janvier 2025.

● Cette mesure entraînerait des pertes de recettes estimées à environ 25 millions d'euros en 2024, celles-ci étant compensées par la minoration de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale qui ferait l'objet d'une rétrocession à l'État au titre de la compensation des pertes de recettes d'impôt sur les sociétés qu'entraînerait la réforme des allègements généraux de cotisations prévue par l'article 6 ⁽²⁾.

*

* *

(1) Article D. 751-51 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Cf. commentaire de l'article 8 ci-après.

Article 6

Réforme des allègements généraux de cotisations patronales

Cet article réforme les allègements généraux de cotisations patronales progressivement institués au cours des trente dernières années. Il prévoit la suppression progressive des réductions proportionnelles des taux des cotisations employeurs maladie (« bandeau maladie », jusqu'à 2,5 Smic) et famille (« bandeau famille », jusqu'à 3,5 Smic), laquelle serait étalée jusqu'au 1^{er} janvier 2026. Le point de sortie de la réduction générale de cotisations patronales serait relevé de 1,6 fois le Smic à 3 fois le Smic.

I. L'ÉTAT DU DROIT : CONÇUS EN FAVEUR DE L'EMPLOI ET DE LA COMPÉTITIVITÉ DES ENTREPRISES, LES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ENGENDRENT UN COÛT CROISSANT ET DES EFFETS AMBIGUS SUR LES SALAIRES

Trois dispositifs généraux de réduction des taux de cotisations sociales employeurs limitent le niveau des prélèvements obligatoires pesant sur les entreprises :

– la réduction dégressive portant sur les salaires jusqu'à 1,6 Smic, dite « allègement Fillon » ;

– la réduction de 6 points de cotisations maladie portant sur les salaires jusqu'à 2,5 Smic en vigueur au 31 décembre 2023 ⁽¹⁾, dite « bandeau maladie » ;

– la réduction d'1,8 point de cotisations familiales portant sur les salaires jusqu'à 3,5 Smic en vigueur au 31 décembre 2023, dite « bandeau famille ».

Ces dispositifs se distinguent à la fois par leur régime juridique et par leurs fonctions économiques et sociales respectives (A). Les effets économiques et sociaux des allègements généraux ont donné lieu à des évaluations divergentes, qui dépassent l'objet du présent commentaire ⁽²⁾. Au cours des dernières années, dans le contexte du choc inflationniste engagé en 2021, les travaux d'évaluation de ces dispositifs ont particulièrement porté, d'une part, sur leur coût croissant pour les finances publiques (B) et, d'autre part, sur leur incidence sur la progression des salaires (C).

(1) L'article 20 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a gelé les points de sortie du bandeau famille et du bandeau maladie selon le niveau du Smic en vigueur au 31 décembre 2023.

(2) À titre d'exemple, le rapport n° 1685 de MM. Marc Ferracci et Jérôme Guedj en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales, présenté le 28 septembre 2023, indique que l'effet de ces réductions sur l'emploi sont concentrés aux niveaux de rémunération proches du Smic, et que l'incidence de ces dispositifs sur la compétitivité des entreprises est difficilement mesurable. Le rapport proposait notamment de supprimer les réductions de cotisations sociales au-delà de 2,5 Smic, seuil qui correspond au bandeau famille.

A. LE SOUTIEN À L'EMPLOI ET À LA COMPÉTITIVITÉ DES ENTREPRISES A SUSCITÉ DEPUIS TRENTE ANS TROIS DISPOSITIFS DE RÉDUCTION DES TAUX DES COTISATIONS À LA CHARGE DES EMPLOYEURS

1. La réduction générale des cotisations patronales, un instrument de lutte contre le chômage des personnes peu qualifiées portant sur la plupart des cotisations et contributions dues par l'employeur

● La réduction générale des cotisations patronales résulte d'un ensemble de dispositifs visant à favoriser l'emploi des travailleurs rémunérés au voisinage du Smic ⁽¹⁾.

Dans un premier temps, la loi du 27 juillet 1993 ⁽²⁾ a supprimé les cotisations d'allocations familiales dues au titre des salaires compris entre 1 et 1,1 Smic et les a réduites de moitié pour ceux compris entre 1,1 et 1,2 Smic.

Ce texte a constitué le premier jalon d'une législation qui a progressivement élargi et approfondi le champ des réductions et exonérations de cotisations sociales. S'agissant de la réduction générale des cotisations patronales proprement dite, les principales étapes sont les suivantes :

– création de la « ristourne Juppé » en 1995 ⁽³⁾, instaurant une réduction dégressive des cotisations sociales patronales à hauteur de 12,8 points pour les salaires s'échelonnant jusqu'à 1,2 Smic. Dès le 1^{er} octobre 1995, ce dispositif a été fusionné avec l'allègement créé en 1993 afin de porter le taux maximal d'exonération à 18,2 % pour les salaires inférieurs à 1,33 Smic, puis 1,3 Smic ⁽⁴⁾ ;

– accompagnement de la réduction du temps de travail dans les entreprises en 2000, avec un dispositif additionnel d'exonération dont le taux maximal est de 26 %, applicable à des rémunérations allant jusqu'à 1,8 Smic ⁽⁵⁾ ;

– harmonisation en 2003 des dispositifs préexistants dans le cadre d'un allègement unique, applicable à l'ensemble des entreprises, entraînant une réduction de 26 points de cotisations pour les rémunérations inférieures à 1,6 Smic. Le

(1) La principale justification économique des allègements ciblés sur les bas salaires réside dans l'élasticité de l'emploi à son prix (élasticité-prix ou élasticité-coût), dont plusieurs études ont montré qu'elle était plus élevée pour ces niveaux de rémunération. Les estimations de l'élasticité de la demande de travail à son prix situent généralement celle-ci dans un intervalle [-1,5 ; -1,0]. Toutefois, des études plus récentes ont mis en évidence une élasticité beaucoup plus faible – de l'ordre de -0,1 –, qui pourrait s'expliquer par l'amélioration structurelle du marché du travail dans les pays développés et l'apparition de tensions sur ce marché dans certains de ces pays. Cf. Antoine Bozio et Étienne Wasmer, Les politiques d'exonération de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, octobre 2024, p. 84.

(2) Loi n° 93-353 du 27 juillet 1993 relative au développement de l'emploi et de l'apprentissage.

(3) Loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.

(4) Loi n° 95-1356 du 30 décembre 1995 de finances pour 1996.

(5) Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

nouveau dispositif, dit « allègements Fillon », constitue la réduction générale des cotisations patronales que le présent article tend à réformer ⁽¹⁾ ;

– élargissement en 2014, dans le cadre du « pacte de responsabilité et de solidarité », du champ des cotisations concernées par l'exonération, portant le coefficient maximal d'exonération à la somme des taux des cotisations maladie, vieillesse, famille, AT-MP (pour la part hors accidentalité), de la contribution au Fonds national d'aide au logement (FNAL) et de la contribution solidarité autonomie (CSA), dans le cadre des allègements généraux dits « zéro charge Urssaf au niveau du Smic » ⁽²⁾ ;

– nouvelle extension en 2019 de cette réduction générale aux cotisations de retraite complémentaire et aux contributions patronales d'assurance chômage, dans le cadre de la transformation du crédit d'impôt pour l'emploi et la compétitivité (CICE) en allègements de « charges sociales » ⁽³⁾. Ce nouvel élargissement du périmètre de la réduction générale conduit à relever le taux d'exonération au niveau du Smic à environ 40 %, de sorte que le taux effectif de cotisation n'est plus que de 6,9 % à ce niveau de rémunération.

• Aussi, depuis la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi en allègements de cotisations sociales intervenue en 2019, la réduction générale porte sur :

– les cotisations d'assurances sociales, qui comprennent les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès ainsi que les cotisations d'assurance vieillesse de base ⁽⁴⁾ ;

– les cotisations d'assurance vieillesse de base ⁽⁵⁾ ;

– les cotisations d'allocations familiales ;

– les cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), pour lesquelles l'exonération ne peut cependant être totale et s'applique dans le respect d'un taux minimal défini par voie réglementaire ⁽⁶⁾. Depuis le 1^{er} janvier 2024, ce taux s'élève à 0,46 % ⁽⁷⁾ ;

– les contributions au Fonds national d'aide au logement (Fnal) ;

(1) Loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi et loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005.

(2) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale.

(3) Lois n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et n° 2017-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(4) Article L. 311-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Ibid.

(6) Article L. 241-5 du code de la sécurité sociale.

(7) Article D. 241-2-1 du code de la sécurité sociale.

– les cotisations aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires ;

– les cotisations d'assurance chômage ⁽¹⁾.

• **L'assiette de la réduction générale** correspond à celle des cotisations et des contributions sociales ⁽²⁾.

Outre les exemptions de droit commun, deux spécificités de l'assiette de calcul de la réduction générale doivent être particulièrement signalées :

– d'une part, en vertu du quatrième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, l'assiette de calcul des allègements généraux est constituée de la rémunération après application des **déductions forfaitaires au titre de la prise en charge des frais professionnels** ;

La déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels

La déduction forfaitaire spécifique (DFS) consiste en un abattement de l'assiette des cotisations employeur et salariales de sécurité sociale et des cotisations d'assurance chômage, à hauteur de 5 à 40 % de la rémunération, au titre des frais professionnels engagés par le salarié, appliqué sur la rémunération brute dans la limite d'un plafond de 7 600 euros par an. Son bénéfice est réservé à un ensemble éparé de professions et de secteurs d'activité, parmi lesquels figure le bâtiment, la presse, le spectacle vivant ou encore l'aviation marchande.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a plafonné l'avantage pouvant être retiré de l'application de la DFS pour le calcul de la réduction générale de cotisations. Aussi, pour les employeurs des salariés bénéficiant d'une déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels, l'application du calcul relatif à la détermination du coefficient des allègements généraux ne doit pas leur procurer, sur une année donnée, un gain monétaire supérieur à 130 % du gain perçu par un employeur dont le salarié ne bénéficie pas de la déduction forfaitaire spécifique à rémunération identique.

L'extinction de la DFS est prévue d'ici le 1^{er} janvier 2038.

– d'autre part, la **prime de partage de la valeur** (PPV) est également exclue de cette assiette en vertu d'une interprétation constante de la législation la concernant, laquelle ne prévoit pourtant pas expressément cette exclusion ⁽³⁾.

(1) I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

(2) Cette assiette est définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Cf. Bulletin officiel de la sécurité sociale (Boss) « Prime de partage de la valeur », version en vigueur depuis le 1^{er} mai 2024.

La prime de partage de la valeur

Créée par l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, la prime de partage de la valeur est un complément du salaire versé par l'employeur.

Les employeurs peuvent attribuer jusqu'à deux primes dont le montant total est limité à 3 000 euros par an et par bénéficiaire. Ce plafond est porté à 6 000 euros dans les entreprises qui mettent en œuvre un accord d'intéressement ou de participation volontaire.

En 2022, le montant des primes versées atteignait 5,3 milliards d'euros répartis entre 5,9 millions de salariés, pour un montant moyen de 885 euros.

Le dispositif prévoit des régimes d'exonérations distincts en fonction de la rémunération du bénéficiaire et du moment de versement de la prime. Ainsi, les sommes versées dans ce cadre sont exemptées de cotisations sociales mais sont assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ainsi qu'au forfait au social au taux de 20 % dans les entreprises comptant plus de 250 salariés.

Toutefois, à titre temporaire jusqu'à la fin de l'année 2026, dans les entreprises comptant moins de cinquante salariés, les primes versées aux salariés dont la rémunération n'excède pas 3 Smic sont exemptées de contributions sociales et de forfait social.

Notons enfin que la réduction ne s'applique pas aux revenus d'activité versés par les particuliers employeurs ni aux salaires des apprentis embauchés par des personnes morales de droit public.

• **Le montant de la réduction**, calculé pour chaque année civile, est égal au produit des revenus d'activité et d'un coefficient dont la valeur décroît à mesure que la rémunération augmente. Celui-ci est en effet fonction du rapport entre les revenus d'activité et le Smic calculé pour un an.

La valeur maximale du coefficient est fixée par décret, à hauteur des taux des cotisations et contributions comprises dans le périmètre de la réduction. Celui-ci est fixé à 0,3194 ou à 0,3234 selon le taux auquel l'employeur est redevable de la contribution au Fnal ⁽¹⁾.

Le point de sortie du dispositif, soit la rémunération à compter de laquelle la réduction cesse de s'appliquer, est fixé à 1,6 fois le Smic en vigueur, soit environ 2 825 euros bruts au 1^{er} janvier 2024 ⁽²⁾.

(1) Aux termes de l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation, les entreprises de moins de cinquante salariés sont redevables de cette contribution au taux de 0,10 % tandis que les autres entreprises s'acquittent de celle-ci au taux de 0,50 %.

(2) Décret n° 2023-1216 du 20 décembre 2023 portant relèvement du salaire minimum de croissance.

La formule de calcul du montant de la réduction générale

Le coefficient de réduction permettant de calculer le montant de la réduction générale est déterminé selon la formule suivante :

$$(T / 0,6) * [1,6 * ((\text{Smic annuel} + (\text{Smic horaire} * \text{nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires})) / \text{rémunération annuelle brute}) - 1]$$

Pour l'application de cette formule :

- la valeur « T » correspond au coefficient maximum de la réduction générale et est égale à la somme des taux des cotisations et contributions à la charge de l'employeur dans le champ de la réduction. Cette valeur est fixée à 0,3194 ou à 0,3224. L'addition de ce montant et des deux réductions proportionnelles permet d'atteindre un taux maximal d'exonération au niveau du Smic de 39,74 % et de 40,04 % respectivement ;
- la rémunération annuelle brute correspond au montant des revenus d'activité pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations ;
- le Smic est pris en compte pour sa valeur en vigueur durant la période d'emploi au titre de laquelle la réduction est calculée et est ajusté, le cas échéant, lorsque le salarié n'a pas été rémunéré à temps plein sur l'intégralité de cette période.

Source : Bulletin officiel de la sécurité sociale, « Allègements généraux », § 380-390, version mise à jour le 25 septembre 2024.

Cette réduction générale, concentrée sur les bas salaires, porte sur des cotisations et des contributions qui dépassent le seul champ des Robss. Depuis les années 2010, elle s'accompagne de deux dispositifs complémentaires, plus ciblés en ce qui concerne les cotisations concernées mais plus larges s'agissant de l'échelle de rémunérations.

2. Les réductions proportionnelles des taux des cotisations maladie et famille

a. L'exonération de cotisations d'assurance maladie, ou « bandeau maladie »

Cette exonération est l'héritière du dispositif du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), mis en place en 2012 ⁽¹⁾. Ce crédit d'impôt correspondait à 4 % – puis 6 % à compter du 1^{er} janvier 2014 – de la somme des rémunérations dont le montant était inférieur à 2,5 Smic versées par une entreprise.

Ce crédit d'impôt a été transformé, à compter du 1^{er} janvier 2019, en réduction pérenne de cotisations sociales d'assurance maladie. Il s'agit d'une réduction proportionnelle du taux de la cotisation d'assurance maladie de 6 points pour les rémunérations annuelles qui n'excèdent pas 2,5 Smic, couramment retenue sous le terme de « bandeau maladie ». À ces échelles de rémunération, le taux de cotisations d'assurance maladie passe donc de 13 % à 7 %.

(1) Loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012.

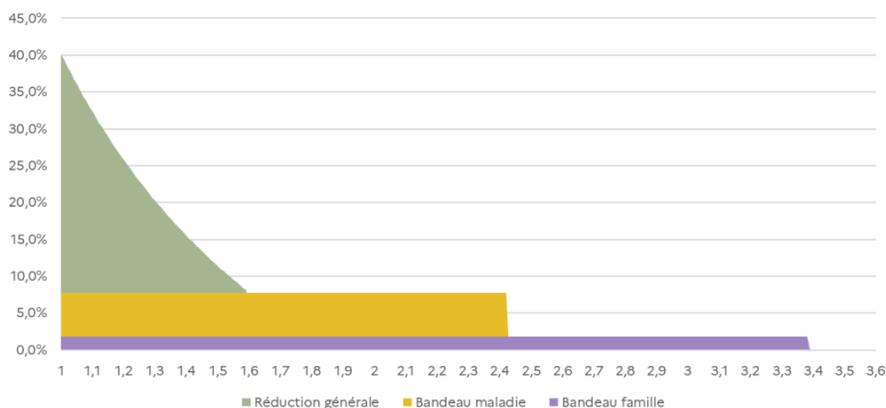
b. L'exonération de cotisations d'allocations familiales, ou « bandeau famille »

Dans la perspective là-encore d'une amélioration du taux d'emploi, le « Pacte de responsabilité et de solidarité » de 2014 a conduit à la création d'une autre exonération générale de cotisations sociales. Il s'agit d'une réduction du taux de cotisations d'allocations familiales pour les salariés dont la rémunération annuelle n'excède pas 3,5 Smic, ou « bandeau famille », applicable depuis le 1^{er} avril 2016 ⁽¹⁾. Concrètement, il s'agit d'une réduction proportionnelle du taux de la cotisation d'allocations familiales de 1,8 point, qui passe, pour ces niveaux de rémunération, de 5,25 % à 3,45 %.

Les champs d'application des réductions proportionnelles des taux des cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales sont alignés, sauf exception, sur celui de la réduction générale dégressive ⁽²⁾.

● La superposition de ces dispositifs donne à l'évolution du taux d'exonération des cotisations employeur en fonction de la rémunération la forme suivante :

ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX DE COTISATIONS ET DE CONTRIBUTIONS PATRONALES – TAUX D'EXONÉRATION EN FONCTION DE LA RÉMUNÉRATION EXPRIMÉE EN MULTIPLES DU SMIC



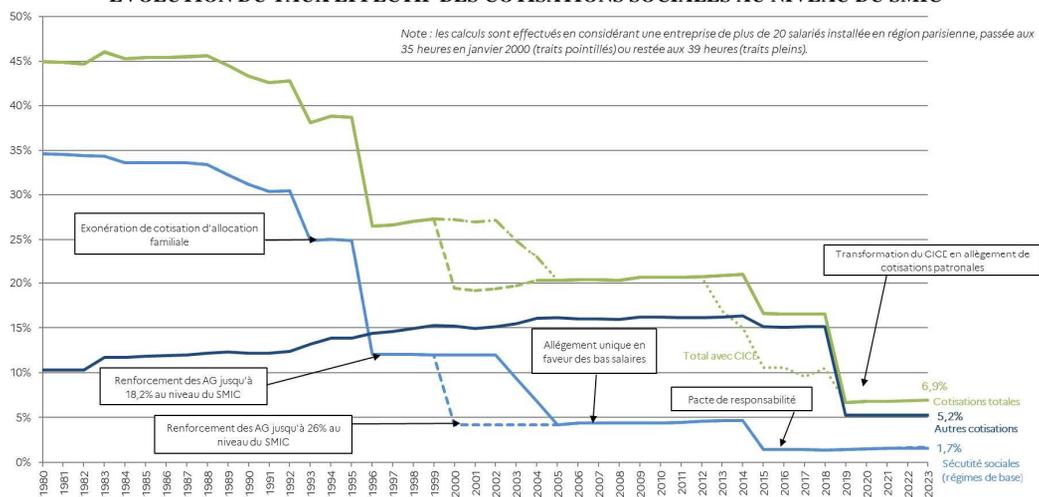
Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 27.

● L'accumulation des dispositifs a entraîné une diminution du taux effectif de cotisation au niveau du Smic, lequel s'établit à 6,9 % en 2024.

(1) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

(2) Ces exceptions concernent les employeurs relevant de régimes spéciaux autres que ceux des marins, des mines, des clercs et employés de notaire, de la Société nationale de chemins de fer français, de la Régie autonome des transports parisiens, de la branche professionnelle des industries électriques et gazières, qui ne peuvent bénéficier, au titre de leurs salariés affiliés à ces régimes, ni du bandeau famille, ni du bandeau maladie.

ÉVOLUTION DU TAUX EFFECTIF DES COTISATIONS SOCIALES AU NIVEAU DU SMIC



Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, p. 27.

B. DES DISPOSITIFS DONT LE COÛT POUR LES FINANCES PUBLIQUES AUGMENTE RAPIDEMENT

1. Un coût croissant dans le contexte inflationniste engagé en 2021

● Compte tenu de la revalorisation du Smic en fonction de l'inflation, celui-ci a connu au cours des dernières années une croissance soutenue et parfois supérieure à celle du salaire moyen. Le niveau annuel moyen du Smic a augmenté de 5,2 % entre 2021 et 2022 puis de 5,4 % entre 2022 et 2023, tandis que le salaire moyen par tête enregistrerait une hausse de 5,2 % puis de 4,3 % respectivement ⁽¹⁾. La forte augmentation du salaire minimum a entraîné :

– d'une part, un tassement des rémunérations à des niveaux proches du Smic ;

– d'autre part, compte tenu de l'indexation des allègements généraux sur la valeur de celui-ci, l'élargissement de leur champ d'application à des salaires plus élevés en valeur absolue, un même niveau de rémunération donnant lieu chaque année à un montant supérieur d'allègement à mesure qu'il représente un multiple du Smic de plus en plus petit. À titre d'exemple, en 2019, pour une rémunération de 2 000 euros bruts qui équivalait à 1,31 fois le Smic, le niveau des allègements généraux était de 220 euros. En 2024, la même rémunération, qui ne représente plus que 1,13 fois le Smic, donne lieu à 443 euros d'allègements, soit un montant plus de deux fois supérieur ⁽²⁾.

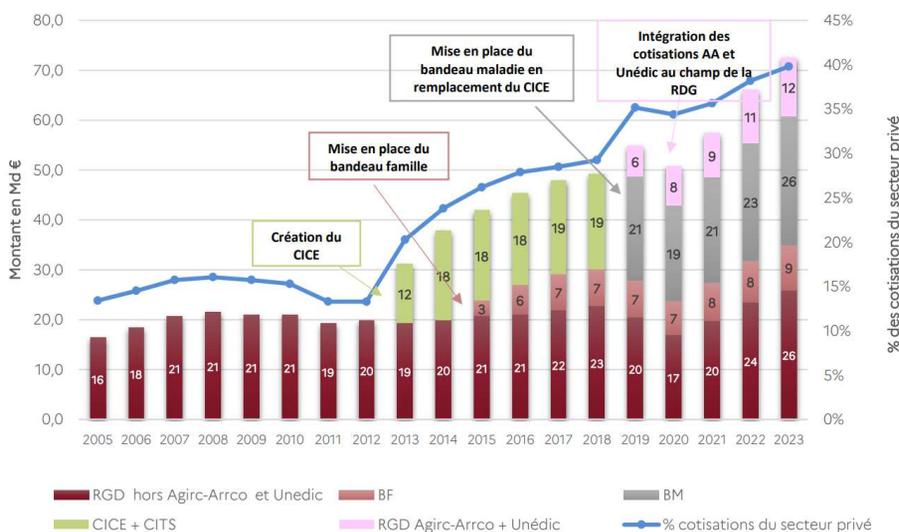
(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024, p. 140.

(2) Annexe 9, p. 27.

Aussi, alors même le coût des allègements généraux a régulièrement augmenté depuis 2011, la croissance de celui-ci a été particulièrement dynamique au cours des trois dernières années (entre 8,8 % et 15 % par an).

En 2023, dans le champ des administrations de sécurité sociale – lequel comprend les réductions de cotisations à l’Unedic et l’Agirc-Arrco –, le montant des allègements généraux atteignait 72,5 milliards d’euros, soit environ 40 % des cotisations du secteur privé. Ce montant atteindrait 78,4 milliards d’euros en 2024.

ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ET PART DANS LE MONTANT TOTAL DES COTISATIONS DU SECTEUR PRIVÉ DEPUIS 2005 (ET À TITRE D’INFORMATION, CICE ET CITS AU TITRE DES SALAIRES VERSÉS DE 2013 À 2018)



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024, p. 140.

• Dans le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ce coût atteignait 65,4 milliards d’euros.

ÉVOLUTION DU COÛT DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX DANS LE CHAMP DES RÉGIMES DE BASE

En Md €, champ des régimes de base de la Sécurité sociale	2020	2021	2022	2023	2024 (p)
Réduction générale dégressive	17,7	20,6	24,3	26,8	26,9
Réduction du taux de cotisations d’assurance maladie	21,8	22,3	25,6	28,2	28,4
Réduction du taux de cotisations d’allocations familiales	7,9	8,7	9,6	10,3	10,6
Total	47,4	51,6	59,4	65,4	65,9
% d’évolution		8,82%	15,17%	10,03%	0,74%

Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 27.

2. Un effort de maîtrise du coût des allègements généraux a commencé avec la dernière loi de financement

- La forte augmentation du coût des allègements généraux explique que les controverses récurrentes portant sur leurs effets économiques se soient accompagnées d'une prise en compte croissante de leur incidence budgétaire ⁽¹⁾.

Aussi, en réponse à une initiative parlementaire ⁽²⁾, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a, dans un objectif de maîtrise du coût de ces dispositifs, réformé les modalités de définition du point de sortie des deux réductions proportionnelles.

Depuis le 1^{er} janvier, le niveau de rémunération à partir duquel elles cessent de s'appliquer est fixé par voie réglementaire au sein d'un intervalle compris :

- s'agissant du bandeau famille, entre 3,5 fois le Smic en vigueur au 31 décembre 2023 et 3,5 fois le Smic de l'année en cours, sans que le point de sortie puisse être inférieur à 3 fois le Smic en vigueur ;

- dans le cas du bandeau maladie, entre 2,5 fois le Smic en vigueur au 31 décembre 2023 et 2,5 fois le Smic de l'année en cours, ce montant ne pouvant être inférieur à 2 fois le Smic en vigueur.

Les points de sortie des deux dispositifs ont été gelés à leur niveau de la fin de l'année 2023. En 2024, la valeur du point de sortie du bandeau maladie est égale à 2,46 fois le Smic. La rémunération à partir de laquelle le bandeau famille cesse de s'appliquer équivaut à 3,44 Smic. Ce mécanisme de gel permet une économie estimée à 0,5 milliard d'euros pour sa première année de mise en œuvre.

- En l'absence de réforme des allègements généraux, les points de sortie exprimés en multiples du Smic de l'année en cours et les économies correspondantes évolueraient de la manière suivante :

Impacts financiers du gel des réductions proportionnelles des taux des cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Effet cumulé du gel de la réduction du taux de cotisations d'assurance maladie (en Md €)	0,4	0,8	1,2	1,8
Point de sortie correspondant (en SMIC courant prévisionnel)	2,46	2,41	2,37	2,33
Effet cumulé du gel de la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales (en Md €)	0,1	0,2	0,3	0,4
Point de sortie correspondant (en SMIC courant prévisionnel)	3,44	3,37	3,32	3,26

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 28.

(1) Le rapport précité de MM. Marc Ferracci et Jérôme Guedj sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales reposait sur le constat de l'accroissement des pertes de recettes imputables à ces dispositifs, qui justifiait que leurs effets sur l'emploi, la compétitivité des entreprises et les exportations fussent évalués.

(2) Amendements n° 2092 de M. Jean-René Cazeneuve et n° 3232 de M. Marc Ferracci et plusieurs de ses collègues, acceptés par le Gouvernement dans le texte du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 sur lequel il a engagé sa responsabilité lors de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale.

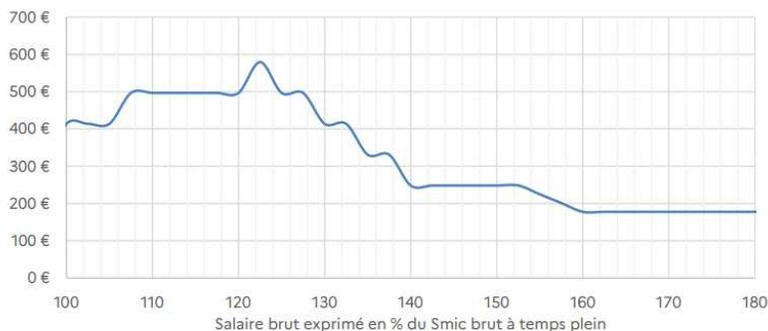
C. UNE PROBABLE CONTRIBUTION DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX À LA CONCENTRATION DES SALAIRES À DES NIVEAUX PROCHES DU SMIC

La forte dégressivité de la réduction générale des cotisations et les effets de seuil autour des points de sortie des bandeaux maladie et famille se traduisent à certains niveaux de salaires par des **taux marginaux de prélèvement élevés, susceptibles d’entretenir des effets de « trappes à bas salaires »**.

Ces effets sont renforcés une fois prise en compte l’incidence d’une augmentation du revenu sur l’éligibilité à certaines prestations attribuées sous condition de ressources – telles que les aides au logement, la prime d’activité ou les allocations familiales – et sur le montant de l’impôt sur le revenu.

Le coût élevé des allègements généraux et leur probable contribution à la stagnation des salaires ont justifié, à l’issue de la conférence sociale d’octobre 2023, qu’une mission portant sur l’articulation entre les salaires, le coût du travail et la prime d’activité soit confiée à MM. Antoine Bozio et Étienne Wasmer, dont le rapport a récemment été publié ⁽¹⁾. À titre illustratif, ces économistes ont déterminé qu’une hausse du coût de l’emploi de près de 600 euros est nécessaire pour augmenter de 100 euros la rémunération d’un salarié rémunéré 1,23 Smic, soit 2 170 euros bruts par mois environ.

VARIATION DU COÛT POUR L’EMPLOYEUR D’UNE AUGMENTATION DU REVENU DISPONIBLE DE 100 € EN 2023



Lecture : pour augmenter de 100 € une personne rémunérée l'équivalent de 1,2 Smic, vivant seule, sans enfant, non bénéficiaire de l'AAH et locataire en zone 2, touchant toutes les prestations auxquelles elle est éligible, l'employeur doit augmenter son coût du travail de 497 € en 2023.

Source : Drees, maquette Edlifs 2023.

Source : Antoine Bozio et Étienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, 2 octobre 2024, p. 125.

(1) Antoine Bozio et Étienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, octobre 2024.

II. LE DROIT PROPOSÉ : LES TROIS DISPOSITIFS D'ALLÈGEMENT REMPLACÉS PAR UNE EXONÉRATION DÉGRESSIVE UNIQUE AU POINT DE SORTIE FIXÉ À 3 SMIC

- La réforme proposée repose sur la suppression des bandeaux famille et maladie ainsi que sur l'extension de la réduction générale de cotisations de 1,6 à 3 Smic :

- dès **2024**, la valeur du Smic pris en compte pour la définition du point de sortie de la réduction générale de cotisations serait gelée à celle du Smic en vigueur au 1^{er} janvier 2024 afin de neutraliser l'effet de sa revalorisation anticipée, qui interviendra le 1^{er} novembre prochain, sur la valeur de ce point de sortie. Par ailleurs, l'assiette de la rémunération prise en compte pour le calcul du montant de l'exonération sera élargie (A) ;

- en **2025**, le taux d'exonération au niveau du Smic serait réduit de 2 points au moyen d'une augmentation du taux des cotisations vieillesse de base. Le point de sortie du bandeau maladie serait abaissé de 2,5 fois le Smic en vigueur au 31 décembre 2023 à 2,2 fois le Smic, tandis que celui du bandeau famille serait diminué de 3,5 fois le Smic en vigueur à la fin de 2023, à 3,2 fois le Smic de l'année en cours (B) ;

- en **2026**, le taux des cotisations vieillesse au niveau du Smic serait à nouveau relevé de 2 points, de sorte que le taux d'exonération à ce niveau de rémunération ne serait plus que de 36,1 % au lieu de 40,1 % ⁽¹⁾. Les bandeaux maladie et famille seraient supprimés tandis que le point de sortie de la réduction générale serait relevé de 1,6 fois le Smic à 3 fois le Smic (C).

Le taux de cotisation dépasserait son niveau actuel pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,3 Smic, puis diminuerait jusqu'à 1,8 Smic avant d'augmenter à nouveau au-delà de ce montant.

Par ailleurs, l'article 6 du présent projet de loi de financement habilite le Gouvernement à adapter par ordonnance le régime de certaines exonérations ciblées qui, si elles concernent des secteurs économiques ou des territoires distincts, ont pour point commun de se cumuler avec les bandeaux famille et maladie mais pas avec la réduction générale des cotisations patronales (D).

Enfin, par une disposition indépendante de la réforme des allègements généraux proprement dite, l'article précise les modalités de publication de la doctrine formulée par l'administration concernant les règles de taux et d'assiette des cotisations et des contributions sociales, et complète la liste des organismes chargés du recouvrement auxquels cette doctrine peut être opposée par les cotisants (E).

(1) Pour les entreprises redevables de la contribution au financement de l'allocation de logement social au taux de 0,5 %.

A. DE PREMIÈRES MESURES DE MAÎTRISE DU COÛT DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX EN 2024

En vertu d'un objectif de maîtrise du coût des allègements généraux, leur assiette (1) et le point de sortie de la réduction générale (2) connaîtraient de premiers ajustements dès cette année.

1. L'élargissement de l'assiette de la rémunération prise en compte pour le calcul des allègements généraux

En premier lieu, le présent article élargit l'assiette de la rémunération prise en compte pour l'application des allègements généraux de cotisations sociales.

● Le **a** et le **c** du **2°** du **I** incluent expressément le montant de la prime de partage de la valeur (PPV) à cette assiette, dont il était jusqu'alors exclu « *par tolérance doctrinale* »⁽¹⁾. Cette précision s'apparente à une simple réaffirmation du droit en vigueur dans la mesure où cet accessoire de la rémunération n'est pas exclu de l'assiette de calcul des réductions de cotisations, définie par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Cette modification des règles de calcul des allègements généraux conduit à majorer la rémunération prise en compte ce qui, compte tenu du caractère dégressif de la réduction générale et du bornage des bandeaux famille et maladie, a pour effet de réduire le montant de l'exonération.

Le **II** précise que cette disposition s'applique aux primes versées à compter du 10 octobre 2024, soit la date du dépôt du présent projet de loi sur le bureau de l'Assemblée nationale.

● Par ailleurs, la nouvelle rédaction du quatrième alinéa du **III** de l'article L. 243-1 du code de la sécurité sociale introduite par le **c** du **2°** du **I** supprime la précision selon laquelle l'assiette de calcul des allègements généraux est constituée de la rémunération après application de la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels (DFS). Ainsi, le calcul de cette réduction s'effectuera, pour les rémunérations de l'année 2024, sur la base des rémunérations effectivement dues aux salariés, sans tenir compte de cette déduction.

2. La neutralisation de l'effet de la revalorisation anticipée du Smic au 1^{er} novembre sur la valeur du point de sortie de la réduction générale

● En outre, le troisième alinéa du **1°** du **I**, qui modifie le second alinéa du **I** de l'article L. 243-1 du code de la sécurité sociale, renvoie à un décret la définition du niveau de rémunération à partir duquel la réduction générale cesse de s'appliquer.

(1) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 28.

Selon un dispositif analogue à celui introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 afin de geler la valeur du point de sortie des bandeaux famille et maladie, cet alinéa prévoit que la réduction générale s'applique aux rémunérations inférieures à un montant compris entre 1,6 fois le Smic en vigueur au 1^{er} janvier 2024 et 1,6 fois le Smic de l'année en cours.

En pratique, ce renvoi à un acte réglementaire permettra au Gouvernement de geler la valeur du point de sortie à celle du Smic en vigueur au 1^{er} janvier 2024, de sorte que la revalorisation anticipée de 2 % du salaire minimum prévue en novembre en sera exclue.

Cette mesure équivaut à une diminution de la valeur de ce point exprimée en multiples du Smic. Ainsi, à compter du 1^{er} novembre et jusqu'à la revalorisation légale du salaire minimum au 1^{er} janvier prochain, le point de sortie serait égal à 1,57 fois le Smic en vigueur. Son montant diminuerait en valeur relative au gré des revalorisations du salaire minimum.

● Sous l'effet de la modification de l'assiette des allègements et du gel du point de sortie de la réduction générale, le coefficient de dégressivité applicable à chaque niveau de rémunération serait déterminé en appliquant la formule suivante :

$$\frac{T}{\frac{1,6 \text{ SMIC au } 1^{\text{er}} \text{ janvier } 2024}{\text{SMIC de l'année en cours}} - 1} * \left[\frac{(1,6 * (\text{SMIC au } 1^{\text{er}} \text{ janvier } 2024)) / (\text{SMIC de l'année en cours}) * \text{SMIC de l'année en cours}}{\text{Rémunération annuelle brute (y compris PPV et hors application de la DFS)}} - 1 \right]$$

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. La valeur « T » est égale au taux maximal d'exonération, qui serait maintenu à son niveau actuel jusqu'au 31 décembre prochain avant de diminuer sous l'effet de la hausse de deux points du taux des cotisations d'assurance vieillesse de base décrite infra.

● L'incidence financière totale pour l'année 2024 des modifications apportées aux règles de calcul des allègements généraux est estimée à 600 millions d'euros dans le champ des administrations de sécurité sociale.

3. Le cumul du bénéfice de la réduction générale avec la déduction forfaitaire de cotisations patronales dues au titre de la rémunération des heures supplémentaires par les entreprises de moins de 250 salariés

● Le 3^o du I précise que le bénéfice de la réduction générale peut être cumulé avec les déductions forfaitaires applicables aux cotisations patronales dues par les entreprises comptant de 20 à 250 salariés au titre :

– d'une part, de la rémunération des heures supplémentaires effectuées par ceux-ci ;

– d'autre part, des jours de repos auxquels renoncent les salariés relevant d'une convention de forfait en jours sur l'année.

Ce cumul est déjà mis en œuvre, l'article L. 241-18-1 du code de la sécurité sociale disposant que ces déductions « sont cumulables avec des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite du montant des cotisations

patronales de sécurité sociale et des contributions patronales recouvrées suivant les mêmes règles, restant dues par l'employeur au titre de l'ensemble de la rémunération du salarié concerné ». Le présent article se borne donc à opérer une coordination déjà prévue dans le cas des déductions forfaitaires applicables aux entreprises de moins de 20 salariés.

B. LA REFORME DES DISPOSITIFS S'ACHÈVERAIT EN 2026 APRÈS UNE PREMIÈRE ÉTAPE AU 1^{ER} JANVIER 2025

1. En 2025, le point de sortie des deux réductions proportionnelles serait abaissé tandis que le taux maximal d'exonération diminuerait de deux points

a. Le raccourcissement des bandeaux maladie et famille

La réforme proposée repose sur une extinction progressive des deux bandeaux et, parallèlement, sur le relèvement du point de sortie de la réduction générale. Elle prévoit la convergence des niveaux de rémunération à compter desquels ceux-ci cessent de s'appliquer.

Aussi, en application du 1^o du **III**, **le point de sortie du bandeau maladie serait abaissé le 1^{er} janvier prochain de 2,5 à 2,2 Smic et celui du bandeau famille serait réduit de 3,5 à 3,2 Smic.**

Dans les deux cas, cette modification s'appliquerait à la fois aux bornes inférieure et supérieure de la valeur du point de sortie de chaque dispositif prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

b. La diminution du taux maximal d'exonération au profit d'une hausse du taux des cotisations vieillesse de base

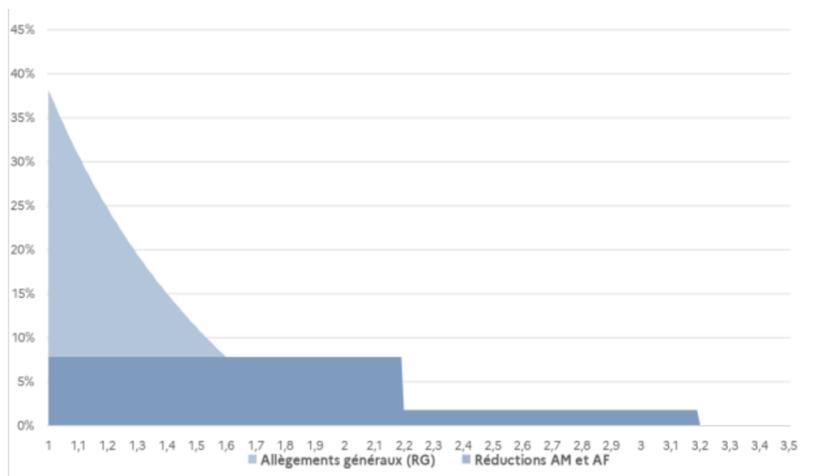
Afin de réduire la dégressivité du taux et du montant des allègements de cotisations, le taux des cotisations d'assurance vieillesse serait relevé de deux points au 1^{er} janvier 2025.

Si l'article ne modifie pas la répartition des compétences entre le pouvoir réglementaire et le législateur pour la définition de ce taux ⁽¹⁾, le **c** du 1^o du **III** limite le niveau de l'exonération qui peut être appliqué aux cotisations vieillesse. Il prévoit ainsi que cette réduction ne peut excéder le taux des cotisations vieillesse diminué de deux points.

En pratique, le taux des cotisations vieillesse au niveau du Smic serait relevé de deux points au 1^{er} janvier prochain, de sorte que le taux d'exonération ne serait alors plus que de 38,10 % pour les entreprises de moins de cinquante salariés et de 37,70 % pour les autres entreprises.

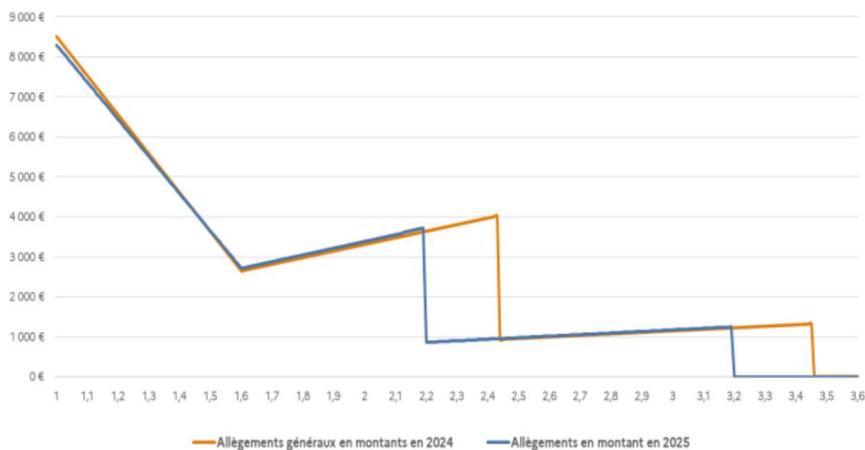
(1) En vertu du deuxième alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, le taux des cotisations d'assurance vieillesse est fixé par décret.

TAUX D'EXONÉRATION EN FONCTION DE LA RÉMUNÉRATION EXPRIMÉE EN MULTIPLES DE SMIC EN 2025



Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 29

MONTANT DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX PAR NIVEAU DE RÉMUNÉRATION EXPRIMÉ EN MULTIPLES DU SMIC EN 2024 ET EN 2025



Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 27.

2. La suppression des réductions proportionnelles et la refonte de la réduction générale s'achèveraient au 1^{er} janvier 2026

- Le 2^o du III parachève la fusion des trois dispositifs d'allègement :

– d'une part, **il supprime, à compter du 1^{er} janvier 2026, le bandeau famille et le bandeau maladie** en abrogeant les articles L. 241-2-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale qui instituent respectivement ces deux exonérations (a) ;

– d’autre part, il relève, à compter de la même date, **la valeur du point de sortie de la réduction générale de 1,6 fois le Smic à 3 fois le Smic (b)**.

La rédaction de l’article implique que ce relèvement s’appliquera à la fois aux limites supérieure et inférieure de la valeur du point de sortie de la réduction générale fixées par le I de l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du I du présent article. Cette valeur serait donc comprise entre 3 fois le Smic en vigueur au 1^{er} janvier 2024 et 3 fois le Smic de l’année en cours, ce qui permettrait au pouvoir réglementaire de définir un point de sortie inférieur à ce dernier montant.

Les formules de calcul du taux d’exonération présentées dans l’annexe 9 mentionnent uniquement le Smic de l’année en cours, ce qui suggère que le Gouvernement n’envisage pas à ce stade de fixer le point de sortie du dispositif en deçà de ce niveau.

Ce taux serait défini pour chaque niveau de rémunération en appliquant la formule suivante :

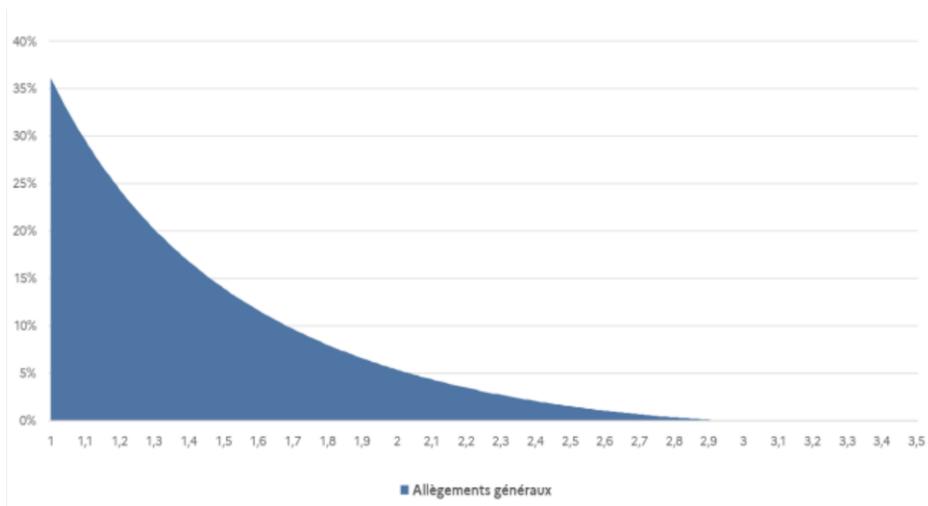
$$T * \left[\frac{1}{3-1} * \left[\frac{3 * SMIC \text{ de l'année en cours}}{Rémunération annuelle brute} - 1 \right] \right]^{1,37}$$

La valeur « T » correspond ici à la valeur maximale du coefficient de dégressivité, qui s’élèverait en 2026 à 0,3570 ou 0,3610 en fonction de la taille de l’entreprise.

● Par ailleurs, le **b** du 2° du **III** relève de deux à quatre points le taux minimum des cotisations vieillesse à la charge de l’employeur, conformément à l’intention exprimée par le Gouvernement d’affecter aux régimes de retraite de base le surcroît de recettes lié à la diminution du taux maximal d’exonération.

La modification de ce taux, de la valeur du point de sortie et de la pente de la courbe des allégements généraux donnent à la fonction de calcul du taux d’exonération la représentation graphique suivante.

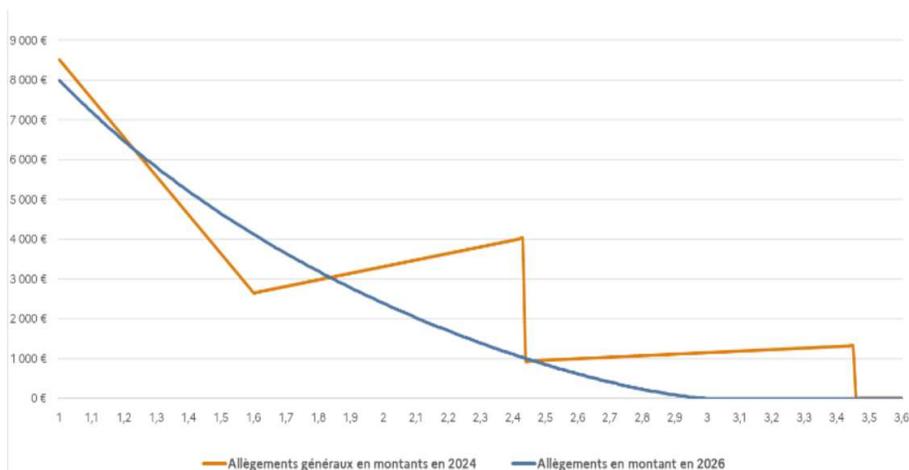
**LA RÉDUCTION GÉNÉRALE DÉGRESSIVE DES COTISATIONS À COMPTER DE 2026
TAUX D'EXONÉRATION EN FONCTION DE LA RÉMUNÉRATION EXPRIMÉE EN MULTIPLES
DU SMIC**



Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 30.

La disparition des réductions proportionnelles a également pour effet de conforter la dégressivité de la réduction générale de cotisation en montant. Aussi, le montant du bénéfice retiré de ces dispositifs serait désormais décroissant avec le revenu pour l'ensemble des niveaux de rémunération entrant dans leur champ d'application, ce qu'illustre le graphique ci-dessous.

**MONTANT DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX PAR NIVEAU DE RÉMUNÉRATION EXPRIMÉ
EN MULTIPLES DU SMIC EN 2024 ET EN 2026**



Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 30.

3. La réforme réduirait le taux marginal de prélèvement à certains niveaux de salaire mais ses effets sur l'emploi sont difficiles à anticiper

- La modification de la formule de calcul de la réduction générale pour tenir compte de la hausse du taux de cotisation au niveau du salaire minimum et du relèvement du point de sortie des allègements entraîne des effets différents selon le niveau de rémunération.

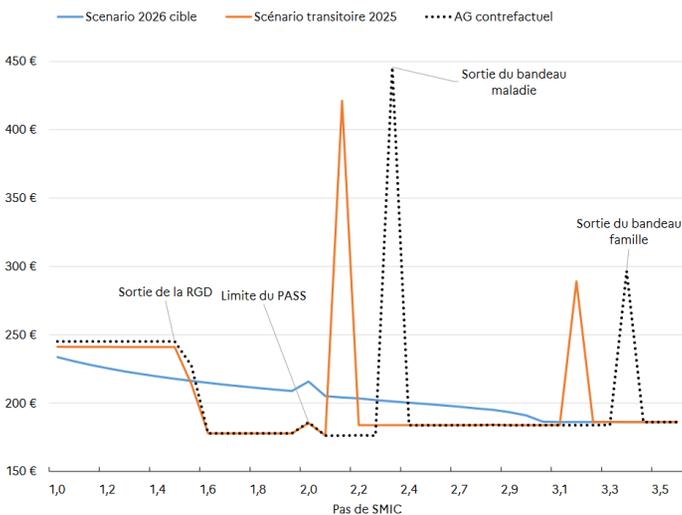
Aussi, d'après les indications présentées dans l'annexe 9, la réforme aboutirait :

- à une baisse du taux d'exonération pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,3 Smic ;
- à une augmentation de ce taux pour les rémunérations supérieures à 1,3 Smic et inférieures à 1,8 Smic ;
- à une diminution du taux d'exonération pour les rémunérations excédant 1,8 Smic.

Le taux marginal de prélèvement, donc le coût pour l'employeur d'une augmentation du salaire net, serait lissé tout au long de l'échelle des salaires entrant dans le champ actuel des allègements de cotisation.

Ce coût serait inférieur à son niveau actuel pour les rémunérations inférieures à 1,6 Smic et, dans une proportion encore supérieure, au niveau des points de sortie du bandeau famille et du bandeau maladie.

COÛT POUR L'EMPLOYEUR D'UNE AUGMENTATION DU SALAIRE NET DE 100 EUROS



Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 33. Cette estimation ne tient pas compte de la variation des revenus sur l'éligibilité à certaines prestations dégressives, telles que la prime d'activité ou les aides au logement. Le rapport Bozio-Wasmer a évalué le coût pour l'employeur d'une hausse du niveau de vie du salarié en fonction de sa rémunération.

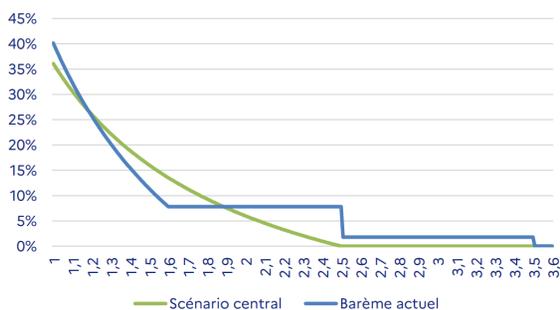
● Par rapport à l'évolution tendancielle du coût des allègements généraux, la réforme entraînerait un surcroît de recettes de **0,6 milliard d'euros en 2024** et de **5,1 milliards d'euros en 2025**. Ce dernier montant serait diminué d'un milliard d'euros dans le cadre de la rétrocession à l'État d'une part du produit de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) compensant l'effet retour de la hausse du taux de cotisation sur le rendement de l'impôt sur les sociétés. **L'incidence financière nette dans le champ des régimes de base serait ainsi de 4 milliards d'euros environ en 2025**, et représenterait donc le tiers de l'ajustement budgétaire prévu par le présent projet de loi de financement. En particulier, le choix de faire porter l'augmentation du taux de cotisation sur les cotisations d'assurance vieillesse permettra de limiter la dégradation du solde de cette branche à hauteur de 2,7 milliards d'euros en 2024.

● Le dispositif proposé présente d'évidentes analogies avec le scénario central de réforme des allègements généraux élaboré par MM. Antoine Bozio et Étienne Wasmer, qui envisageaient également de supprimer les deux réductions proportionnelles, de diminuer le niveau maximal d'exonération – donc d'accroître le taux de prélèvement au niveau du Smic – et de modifier la formule de calcul de la réduction générale afin d'en diminuer la dégressivité de façon à lisser le taux d'exonération tout au long de l'échelle des salaires.

Toutefois, la réforme opérée par le présent article répond à un objectif de réduction du coût des allègements par rapport à son évolution tendancielle, tandis que le scénario privilégié par les deux économistes était conçu pour être neutre sur l'incidence financière du dispositif. À l'inverse, les modifications du barème des exonérations de cotisations sociales instruites par ceux-ci poursuivaient l'objectif d'en « *baisser la pente* », c'est-à-dire de réduire « *les taux marginaux d'imposition en cas d'augmentation du salaire brut dans le but d'amplifier les incitations à la dynamique salariale à budget constant* » ⁽¹⁾.

De surcroît, le point de sortie retenu par le projet de loi de financement correspond à un niveau de rémunération plus élevé que celui prévu par ce scénario.

TAUX D'EXONÉRATION EN FONCTION DU SALAIRE BRUT (EXPRIMÉ EN FRACTION DE SMIC) – SCÉNARIO CENTRAL DU RAPPORT BOZIO-WASMER



Source : Antoine Bozio et Etienne Wasmer, rapport précité, p. 30.

(1) Antoine Bozio et Étienne Wasmer, rapport précité, p. 28.

COMPARAISON ENTRE LES DISPOSITIFS EN VIGUEUR, LA RÉFORME PROPOSÉE ET LE
« SCÉNARIO CENTRAL » PRÉSENTÉ DANS LE RAPPORT « BOZIO-WASMER »

	Droit en vigueur	Rapport Bozio-Wasmer – scénario central	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
Nombre de dispositifs	Trois	Un	Un
Forme de l'exonération (en montant)	Dégressive selon une fonction linéaire (entre 0 et 1,6 Smic) et proportionnelle (entre 0 et 2,5 Smic en vigueur le 31 décembre 2023 pour le bandeau maladie et entre 0 et 3,5 Smic en vigueur le 31 décembre 2023 pour le bandeau famille)	Dégressive pour l'ensemble de la distribution (fonction convexe)	Dégressive pour l'ensemble de la distribution (fonction convexe)
Point de sortie	3,5 fois le Smic en vigueur au 31 décembre 2023	2,5 fois le Smic de l'année en cours	Compris entre 3 fois la valeur du Smic en vigueur au 1 ^{er} janvier 2024 et 3 fois le Smic de l'année en cours (<i>ce dernier niveau est retenu dans les formules de calcul qui figurent à l'annexe 9</i>)
Taux maximal d'exonération au niveau du Smic (selon le taux auquel est soumis l'employeur pour le financement de l'allocation de logement social)	40,14 % ou 39,74 %	36,10 % ou 35,70 %	36,14 % ou 35,74 %
Niveaux de rémunérations concernés par une augmentation ou par une baisse du taux de cotisation	n/a	<u>Augmentation</u> : de 1 à 1,2 Smic ; à partir de 1,9 Smic <u>Baisse</u> : de 1,2 à 1,9 Smic	<u>Augmentation</u> : de 1 à 1,3 Smic ; à partir de 1,9 Smic <u>Baisse</u> : de 1,3 à 1,8 Smic
Effets sur l'emploi	n/a	+ 9 460 (création de 37 630 emplois rémunérés au moins 1,2 Smic ; destructions de 29 000 emplois rémunérés au-dessous de 1,2 Smic)	Non documentés dans les documents annexés (l'estimation varie selon l'hypothèse d'élasticité de l'emploi à son coût)
Incidence financière	n/a	+ 0,3 milliard d'euros	+ 4 milliards d'euros en 2025 dans le champ des Robss après la rétrocession à l'État d'une fraction de TVA correspondant à l'effet retour négatif de la mesure sur le rendement de l'IS

Source : commission des affaires sociales sur la base du rapport précité d'Antoine Bozio et d'Étienne Wasmer et de l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

- Si votre rapporteur souscrit à l'objectif du Gouvernement de maîtriser le coût des allègements généraux et d'accroître les incitations à la progression des salaires, il note que le dispositif proposé n'est pas assorti d'une évaluation de ses effets sur l'emploi.

L'annexe 9 se borne à constater que « *si plusieurs études semblaient considérer une forte élasticité [de l'emploi à son prix] essentiellement au niveau du Smic, des travaux récents et qui n'ont pu être intégrés dans les modélisations gouvernementales indiquent plutôt que les emplois à bas salaires sont en réalité moins exposés à la concurrence internationale* », de sorte que cette élasticité serait moindre qu'anticipée ⁽¹⁾. À titre de comparaison, le scénario central présenté dans le rapport Bozio-Wasmer – qui prévoyait aussi une baisse de quatre points du taux d'exonération au niveau du Smic et une diminution moyenne de ce taux d'environ 2 points pour les salaires compris entre 1 et 1,2 Smic – aurait entraîné la destruction d'environ 29 000 équivalents temps plein (ETP) à ces niveaux de rémunération. Toutefois, le renforcement des exonérations entre 1,2 et 1,9 Smic aurait plus que compensé ces destructions en permettant la création de 37 600 emplois supplémentaires, malgré la hausse du taux de cotisation au-delà de 1,9 Smic.

Aussi, le rapporteur général insiste sur l'absolue nécessité que les effets économiques de cette réforme sur l'emploi et la dynamique des salaires soient précisément évalués tout au long de sa mise en œuvre.

C. LE GOUVERNEMENT SERAIT HABILITÉ À MODIFIER PAR ORDONNANCE LES RÈGLES D'EXONÉRATIONS AFFECTÉES PAR LA RÉFORME

1. Plusieurs dispositifs d'exonération se rapportent aux allègements généraux par leur régime juridique ou par leur fonction économique

La réforme des allègements généraux entraînerait des conséquences pour plusieurs réductions dégressives de cotisations patronales portant sur des secteurs économiques ou des territoires particuliers.

a. Des dispositifs cumulables avec les réductions proportionnelles mais pas avec la réduction générale des cotisations patronales

Ceux-ci ont pour point commun d'être cumulables avec le bandeau famille et le bandeau maladie mais pas avec la réduction générale des cotisations patronales. Conformément à l'objet des exonérations ciblées, ces dispositifs visent à réduire le coût de l'emploi d'un salarié dans des proportions plus importantes que les allègements généraux. L'avantage différentiel procuré par ces exonérations correspond à la différence entre le montant de la réduction qu'elles procurent et celui des mesures générales.

- Sont ainsi concernées :

- l'exonération pour **l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles et assimilés**, dite « **TO-DE** » ⁽²⁾ ;

(1) Annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 33.

(2) Article L. 741-16 du code de la sécurité sociale. Cf. le commentaire de l'article 4.

– les exonérations applicables aux **entreprises de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy**, dites « **Lodeom** » ⁽¹⁾ ;

Les exonérations Lodeom

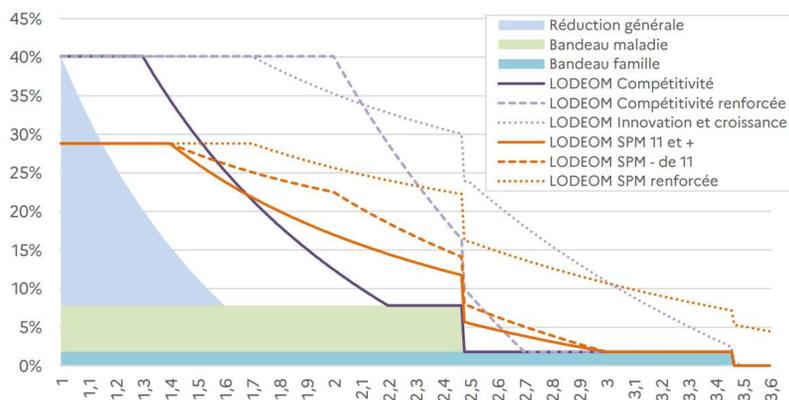
La loi n° 2009-954 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (dite « Lodeom ») a prévu un dispositif d'exonération des cotisations et contributions sociales à la charge de l'employeur dont le champ est identique à celui de la réduction générale des cotisations patronales. Elle se caractérise cependant par un taux d'exonération maximal pour des rémunérations supérieures à celles qui feraient l'objet d'une réduction de cotisations identique en application des régimes de droit commun.

L'exonération Lodeom recouvre trois dispositifs juridiquement distincts dont le champ d'application est défini par taille de l'entreprise et le secteur d'activité :

- le dispositif de « compétitivité » ;
- le dispositif de « compétitivité renforcée » ;
- le dispositif d'« innovation et croissance ».

Le barème varie également selon les territoires, Saint-Martin et Saint-Barthélemy faisant l'objet d'un régime spécifique.

Le graphique suivant présente le taux d'exonération pour chaque niveau de rémunération, une fois prises en compte les réductions proportionnelles des cotisations maladie et famille de droit commun, dans le cadre du dispositif applicable en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à La Réunion.



Lecture : pour un salarié rémunéré 1,3 Smic, le régime LODEOM compétitivité prévoit une exonération de 40,14 % contre 20,2 % pour la réduction générale et les bandeaux maladie et famille.

Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, p. 125.

En 2023, le coût total des exonérations Lodeom atteignait **1,4 milliard d'euros** et faisait l'objet d'une compensation intégrale aux régimes de base.

(1) Articles L. 752-3-1 à L. 752-3-3 du code de la sécurité sociale.

– les exonérations en faveur de **l'aide à domicile des publics fragiles** ⁽¹⁾, qui s'appliquent aux cotisations dues au titre de la rémunération des personnes employées par certains particuliers ou par une association ou une entreprise pour accompagner ceux-ci ;

Les exonérations « aide à domicile »

Deux dispositifs d'exonération de cotisations patronales visent à favoriser l'emploi de personnes délivrant une aide à domicile à certains publics fragiles. Ils s'appliquent respectivement :

– aux particuliers employeurs. Institué par l'article 8 de la loi n° 48-1522 du 29 septembre 1948, ce régime dérogatoire est désormais prévu au I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel l'embauche d'une aide à domicile par une personne âgée en situation de dépendance ou de handicap donne lieu à une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exclusion des cotisations AT-MP. Le coût de ce dispositif était de 996 millions d'euros en 2023 ;

– aux prestataires. Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, cette exonération est régie par le III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale. Au même titre que l'exonération applicable aux particuliers employeurs, le champ d'application de ce dispositif est aligné sur celui de la réduction générale. Son coût dépassait 1 milliard d'euros en 2023.

Les publics concernés comprennent :

- les personnes âgées d'au moins soixante-dix ans ;
- les parents d'un enfant en situation de handicap ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- les personnes titulaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- les personnes percevant une majoration pour tierce personne au titre d'une invalidité ;
- les personnes remplissant la condition de perte d'autonomie requise pour prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'exonération spécifique aux prestataires concerne également :

- les personnes bénéficiaires de prestations d'aide-ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale (GIR 5 et 6) ;
- les familles en difficulté bénéficiaires de l'intervention d'un technicien, de l'intervention sociale et familiale ou d'une auxiliaire de vie sociale à travers la caisse d'allocation familiale ou le conseil départemental.

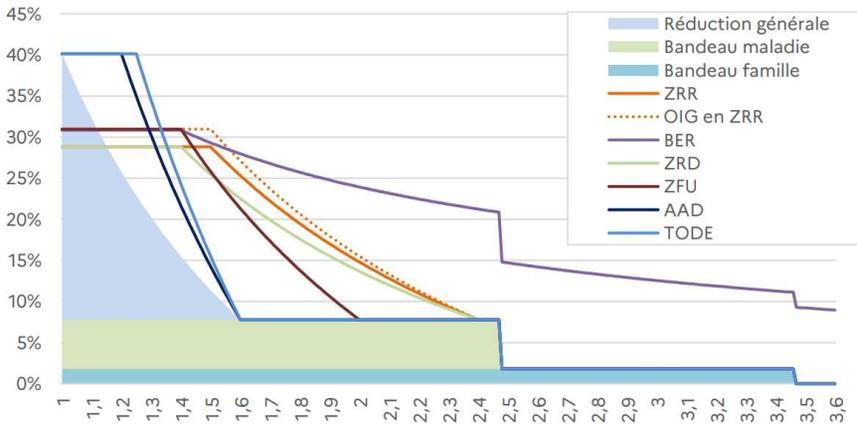
– les **exonérations propres à certaines zones soumises à des régimes sociaux ou fiscaux dérogatoires**. Relèvent de cette catégorie les zones « France

(1) Article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

ruralités revitalisation » (ZFRR), les zones de revitalisation rurale (ZRR)⁽¹⁾, les bassins d'emploi à redynamiser (BER) et les zones franches urbaines (ZFU)⁽²⁾.

Ces deux dernières catégories d'exonérations se distinguent des dispositifs Lodeom et TO-DE en ce qu'elles donnent lieu à des taux d'exonération qui, au voisinage du Smic, sont moins élevés que ceux résultant de la réduction générale.

COMPARAISON DES RÉDUCTIONS DE COTISATIONS ET DE CONTRIBUTIONS PATRONALES SPÉCIFIQUES (HORS OUTRE-MER)



Lecture : pour un salarié rémunéré 1,3 Smic, le régime TO-DE prévoit une exonération de 34,45 % contre 20,2 % pour la réduction générale et les bandeaux maladie et famille.

Source : rapport Bozio-Wasmer, p. 233, et direction de la sécurité sociale.

(1) Les organismes d'intérêt général (OIG) situés dans ces zones se voient appliquer un taux d'exonération supérieur à celui que procure l'implantation dans une ZRR.

(2) Article L. 241-19 du code de la sécurité sociale.

- Ces dispositifs se distinguent tant par le nombre de salariés et d'établissements concernés que par leur coût.

**PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES EXONÉRATIONS SPÉCIFIQUES
COMPARABLES AUX ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX**

Type d'exonérations	Dispositif	Coût 2022 (M€)	Effectifs concernés en 2022	Avantage par rapport aux AG à 1,3 Smic
Régionales	Outre-mer	1 531	232 000 salariés dans 41 400 établ.*	4 785€ (compét.)
	Zones de revitalisation rurale	104	3 000 salariés dans 1 500 établissements	2 079€
	Bassins d'emploi à redynamiser	7	1 400 salariés dans 400 établissements	2 504€ (en 2020)
	Zones franches urbaines	4	1 900 salariés dans 1000 établissements	2 079€
	Zones de restructuration de la défense	1	300 salariés dans 50 établissements	2 079€
Sectorielles	TODE dans le secteur agricole	556	980 000 salariés dans 73 000 étab.	2 261€
	Aides à domicile	1 923	Environ 800 000 salariés	2 261€

Source : rapport Bozio-Wasmer, p. 234. La version d'origine de ce tableau comporte un recensement des travaux d'évaluation dont a fait l'objet chacun de ces dispositifs.

b. Sans modification de leur régime, les dispositifs Lodeom et TO-DE verraient diminuer le niveau maximal de l'exonération qu'ils procurent

Dans le cas du dispositif Lodeom applicable en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, le taux d'exonération ne peut, pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance, excéder la somme des taux des cotisations entrant dans le champ d'application de la réduction générale ⁽¹⁾.

De manière analogue, le champ d'application de l'exonération TO-DE est identique à celui la réduction générale en vertu d'un renvoi du I de l'article L. 741-13 du code rural et de la pêche maritime au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

Aussi, la baisse du taux maximal d'exonération auquel donne lieu la réduction générale entraînerait une diminution équivalente de ce taux pour ces exonérations.

(1) Troisième alinéa du IV de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale.

c. Le maintien de l'avantage différentiel procuré par ces exonérations entraînerait une hausse des crédits consacrés à leur compensation

Compte tenu de la suppression des bandeaux famille et maladie et de l'augmentation du taux des cotisations d'assurance vieillesse, le maintien d'un taux d'exonération au moins égal à son niveau actuel nécessiterait, pour chacun des dispositifs précités, une réduction de cotisations plus importante. Aussi, le coût de ces exonérations étant compensé par des crédits budgétaires, leur renforcement impliquerait d'accroître le montant des crédits budgétaires consacrés à leur compensation, sauf à réformer les modalités de cette dernière.

2. Le Gouvernement serait habilité à modifier ces exonérations selon une rédaction large qui autoriserait des ajustements significatifs

• Le V habilite le Gouvernement à modifier par ordonnance les règles applicables aux exonérations ciblées dont le bénéfice est cumulable avec celui des bandeaux famille et maladie mais pas avec celui de la réduction générale des cotisations patronales. Plus précisément, l'habilitation porte sur la modification des « règles de calcul et de déclaration » de ces dispositifs en vue de « tenir compte des conséquences sur l'emploi de ces règles ainsi que des évolutions rendues nécessaires par [la réforme des allègements généraux] afin de respecter les crédits votés [dans la] loi de finances pour l'année 2025 ».

La justification du recours à cette habilitation par rapport à l'introduction des dispositions dans le prochain de loi réside dans la nécessité de mener « une phase d'instruction spécifique ainsi que de concertations avec les secteurs professionnels et les territoires concernés »⁽¹⁾.

Ces modifications pourraient s'appliquer aux revenus versés à compter du 1^{er} janvier 2025, ce qui impliquerait que des régularisations soient réalisées en cours d'exercice pour tenir compte des changements intervenus entre cette date et l'entrée en vigueur des nouvelles règles.

(1) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 30.

D. L'AJUSTEMENT DE DISPOSITIONS AUTORISANT LES COTISANTS À SE PRÉVALOIR DE LA DOCTRINE SUR LES COTISATIONS ET LES CONTRIBUTIONS SOCIALES

Le **IV** précise les modalités de publication de la doctrine formulée par l'administration concernant la législation en matière de cotisations et de contributions sociales ainsi que la liste des organismes auxquels celle-ci peut être opposée.

1. Les cotisants peuvent se prévaloir de l'interprétation du droit en vigueur formulée par l'administration

Les cotisants peuvent se prévaloir de l'interprétation de la législation relative aux cotisations et contributions sociales admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition que celle-ci ait été publiée au Bulletin officiel d'un ministère diffusé sous forme électronique ou qu'elle fasse l'objet d'une publication dans les conditions prévues par le code des relations entre le public et l'administration.

Cette interprétation est opposable aux organismes appartenant au réseau des Urssaf, à la caisse nationale de ce réseau et aux caisses générales de sécurité sociale. Aussi, ces organismes ne peuvent demander une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à un redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration ⁽¹⁾.

2. L'élargissement du périmètre des organismes et des actes entrant dans le champ d'application de l'article

Aux termes du II de l'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale, ces règles ne sont opposables aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire légalement obligatoire qu'à condition qu'elles soient susceptibles d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations dues par l'employeur au titre de ces régimes.

Or, en l'état du droit, la caisse de retraite complémentaire des agents contractuels de la fonction publique – ou Ircantec – n'est pas expressément comprise dans le champ d'application de cette disposition en l'absence de renvoi à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale.

Aussi, le **c** du **1°** précise que les cotisants peuvent se prévaloir de la doctrine administrative dans leurs rapports avec l'ensemble des organismes chargés du recouvrement dans le champ d'application de la mesure, tandis que le **2°** du **IV** complète la liste des organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire légalement obligatoire entrant dans le champ d'application du II afin d'y inclure l'Ircantec.

(1) I de l'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale.

La mention, au même **c** du **1°**, des organismes chargés du recouvrement permet aussi d'inclure dans le champ d'application de l'article L. 243-6-2 les cotisations et les contributions de sécurité sociale calculées sur le fondement des règles du régime général mais recouvrées par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

3. Le Bulletin officiel de la sécurité sociale trouverait un nouveau fondement législatif

Le **3°** du **IV** précise les modalités de publication des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière de cotisations et de contributions sociales, affectées à un organisme de sécurité sociale ou recouvrées par un organisme chargé du recouvrement. Il inscrit dans la loi l'intitulé et l'objet du Bulletin officiel de la sécurité sociale qui, depuis 2021, présente l'ensemble de la doctrine administrative applicable en matière de cotisations et contributions sociales. La nouvelle rédaction du **III** de l'article L. 242-3-2 du code de la sécurité sociale indique également que ce site internet présente non seulement les règles applicables aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, mais encore celles des autres contributions recouvrées par les mêmes organismes ainsi que celles affectées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoire.

Le **b** du **1°** du même **IV** supprime quant à lui la restriction selon laquelle seule les instructions et circulaires du ministre chargé de la sécurité sociale entrent dans le champ d'application de l'article, et y inclut les actes de même nature pris par d'autres ministres.

*

* *

Article 7

Rationalisation des exonérations de cotisations sociales pour les contrats d'apprentissage, les entreprises d'armement maritime, les jeunes entreprises innovantes et les jeunes entreprises de croissance

L'article 7 réforme un ensemble d'exonérations ciblées sur certaines catégories de travailleurs ou d'entreprises.

Il met tout d'abord fin à l'exemption de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) dont fait l'objet la rémunération des apprentis. Il prévoit ainsi l'assujettissement à ces contributions de la part de cette rémunération excédant 50 % du Smic. Elle serait accompagnée d'une disposition réglementaire visant à abaisser de 79 % du Smic à la moitié de ce dernier le seuil d'assujettissement de la rémunération des apprentis aux cotisations salariales.

Par ailleurs, cet article limite aux navires de transport de passagers le bénéfice de l'exonération de cotisations employeur d'allocations familiales et d'assurance chômage applicable aux entreprises d'armement maritime soumises à la concurrence internationale.

Enfin, il supprime l'exonération de cotisations employeurs dont bénéficient les jeunes entreprises innovantes (JEI) et les jeunes entreprises de croissance (JEC).

I. LE DROIT EXISTANT

A. LA RÉMUNÉRATION DES APPRENTIS EST EXCLUE DE L'ASSIETTE DES CONTRIBUTIONS SOCIALES ET FAIT L'OBJET D'UNE EXONÉRATION PARTIELLE DE COTISATIONS SALARIALES

1. Une exemption d'assiette des contributions sociales portant sur l'ensemble de la rémunération des apprentis

● Le contrat d'apprentissage est un contrat de travail de type particulier conclu entre un apprenti ou son représentant légal et un employeur. Outre le versement d'un salaire, ce dernier est tenu de prodiguer une formation professionnelle complète à l'apprenti, celle-ci étant dispensée pour partie en entreprise et pour partie dans un centre de formation d'apprentis (CFA) ou dans une section d'apprentissage d'un établissement d'enseignement ⁽¹⁾.

Bien qu'elle soit constitutive de revenus d'activités, la rémunération des apprentis a toujours été exclue de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ⁽²⁾.

Cette mesure est antérieure à 1994, de sorte que les pertes de recettes qu'elle entraîne pour la sécurité sociale ne sont pas compensées.

(1) Article L. 6221-1 du code du travail.

(2) a du 1° du I de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

● En outre, la part de la rémunération des apprentis qui n'excède pas 0,79 fois le Smic – soit 1 395 euros bruts par mois en 2024 – est exonérée de la totalité des cotisations salariales légales et conventionnelles ⁽¹⁾. Avant l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, cette exonération s'appliquait à l'ensemble de ces revenus ⁽²⁾.

Le coût de cette exonération est compensé à la sécurité sociale par des dotations de la mission *Travail et emploi* du budget général de l'État.

2. Des pertes de recettes croissantes dans un contexte de forte augmentation du nombre d'apprentis

● Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel ⁽³⁾, l'élargissement des conditions d'accès au contrat d'apprentissage et le renforcement du soutien accordé aux employeurs pour l'embauche d'un apprenti ont entraîné un recours accru à ce dispositif. Le nombre des entrées en apprentissage est passé de 321 000 en 2018 à 852 000 en 2023.

Si l'augmentation du nombre d'apprentis concerne l'ensemble des niveaux de formation, elle est particulièrement marquée dans l'enseignement supérieur, au sein duquel le nombre d'entrées en apprentissage a plus que quadruplé entre 2018 et 2022, période au cours de laquelle il est passé de 123 000 à 522 000.

NOMBRE DES ENTRÉES EN APPRENTISSAGE SELON LE NIVEAU D'ÉTUDES



Source : IGF et Igas, Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle, p. 4. Données de la Dares.

(1) Aux termes de l'article L. 6243-2 du code du travail, « l'apprenti est exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret ». L'article D. 6243-5 du même code prévoit que celui-ci s'élève à 0,79 fois le Smic.

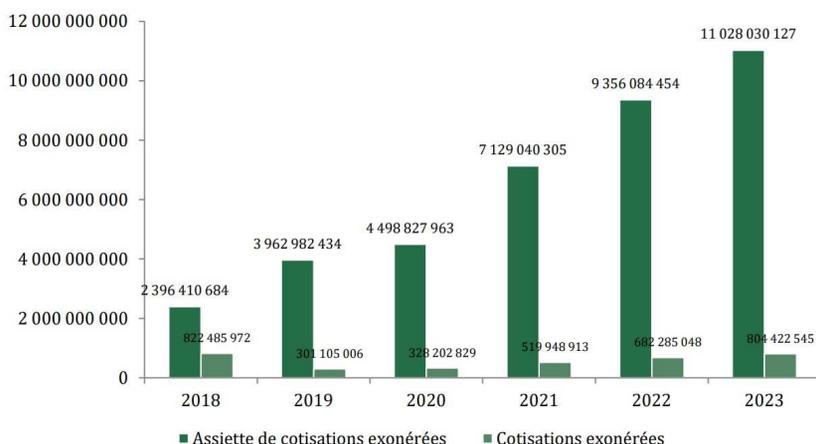
(2) Article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(3) Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Celle-ci a notamment ouvert l'apprentissage jusqu'à 29 ans révolus (contre 25 ans auparavant, sauf dérogation), fusionné plusieurs dispositifs d'aide à l'embauche d'un apprenti en un dispositif d'aide unique (dont le montant est actuellement fixé à 6 000 euros) et modifié la grille de rémunération des apprentis.

Les dépenses publiques en faveur de l'apprentissage ont ainsi fortement progressé et sont passées de 6,1 milliards d'euros en 2018 à 13,9 milliards d'euros en 2022 ⁽¹⁾.

Au sein de cet ensemble, le montant des exonérations de cotisations sociales liées à l'apprentissage s'élevait à 1,5 milliard d'euros en 2023 et celui des pertes de recettes de contributions sociales était estimé à 1,2 milliard d'euros, à l'issue d'une période marquée par la forte progression de l'assiette de ces régimes dérogatoires ⁽²⁾.

ÉVOLUTION DES MONTANTS DE COTISATIONS EXONÉRÉES ET DE LEURS ASSIETTES DE 2018 À 2023



Source : IGF et Igas, *Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle*, p. 14. Données de l'Acoss.

- La politique de soutien à l'apprentissage et à la formation professionnelle a été évaluée dans le cadre des revues de dépenses conduites à compter du printemps 2024. Au regard notamment des conclusions du rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), et dans un contexte de forte augmentation des moyens de cette politique, la pertinence des exonérations de cotisations et de contributions sociales dont bénéficient les apprentis doit être interrogée :

- d'une part, leur contribution à l'augmentation du nombre d'apprentis est difficile à apprécier dans la mesure où ces dispositifs sont antérieurs à la loi du 5 septembre 2018 précitée, dont l'entrée en vigueur a donné à l'apprentissage un essor décisif ;

- d'autre part, les apprentis constituent des droits sociaux de nature contributive sans concourir au financement de ces derniers. Les allocations

(1) Annexe 9 du PLFSS 2025, p. 40.

(2) D'après la prévision du groupe de suivi des exonérations sociales, citée in IGF-Igas, *Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle*, mars 2024 (publié en septembre 2024), p. 16.

d'assurance chômage versées à d'anciens apprentis à l'expiration de leur contrat d'apprentissage atteignaient 770 millions d'euros en 2023 ⁽¹⁾. À titre de comparaison, ce montant n'était que de 375 millions d'euros en 2021. Or, du fait de l'exemption d'assiette des contributions sociales dont ils bénéficient, les apprentis font l'acquisition de droits à l'assurance chômage sans contribuer au financement de ce régime en s'acquittant de la CSG sur leurs revenus d'activité.

Le rapport précité des inspections générales des finances et des affaires sociales préconisait ainsi d'assujettir la rémunération des apprentis à la CRDS et réduire le niveau de rémunération à compter duquel ceux-ci sont redevables de cotisations salariales en l'abaissant de 0,79 Smic à 0,5 Smic, soit 694 euros nets en 2024. La mission avait estimé qu'un apprenti percevant le salaire mensuel moyen, soit 1 042 euros, verrait son revenu disponible diminuer de 19 euros en raison d'un abaissement du seuil d'exonération des cotisations salariales, tandis que la perte de revenu induite par l'assujettissement de l'ensemble de ses revenus à la CRDS s'élèverait à 5 euros ⁽²⁾.

B. UNE EXONÉRATION DE COTISATIONS EMPLOYEURS A ÉTÉ INSTITUÉE AU PROFIT DES ENTREPRISES D'ARMEMENT MARITIME POUR SOUTENIR LA COMPÉTITIVITÉ DU PAVILLON FRANÇAIS

1. Une exonération de cotisations employeur d'allocations familiales et de contributions à l'assurance chômage, d'abord réservée aux navires de passagers, a été étendue en 2016 aux autres navires de commerce

● Depuis 2005 ⁽³⁾, les entreprises d'armement maritime dont les équipages sont affiliés au régime spécial de retraite des marins bénéficient d'une exonération de cotisations sociales employeur maladie et vieillesse, dites « charges Enim » ⁽⁴⁾.

Les navires de passagers bénéficiaient initialement d'un périmètre d'exonération plus large, car ils faisaient aussi l'objet d'exonérations de cotisations employeur d'allocations familiales et d'assurance chômage, dites « charges non-Enim » ⁽⁵⁾. Puis, la loi du 16 juin 2016 pour l'économie bleue a étendu le champ d'application de ce dispositif, qui s'applique désormais indifféremment aux navires de passagers, de transport et de services maritimes ⁽⁶⁾.

(1) Annexe 9, p. 40.

(2) IGF-Igas, rapport précité, p. 17.

(3) Cette exonération a été instituée par la loi n° 2005-412 du 3 mai 2005 relative à la création du registre international français.

(4) Article L. 5553-11 du code des transports. Créé en 1930 en remplacement de la caisse, l'Établissement national des invalides de la marine (Enim) est chargé de la gestion du régime de protection sociale des marins.

(5) Ces exonérations ont été introduites par l'article 137 de loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007.

(6) Loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue, dite « loi Leroy ».

Cette exonération s'applique à ces navires de commerce dès lors qu'ils sont :

– dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ;

– affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'État au transport maritime ⁽¹⁾, soumises à titre principal à une concurrence internationale. Cette dernière condition est appréciée par les services de l'État, qui établissent la liste des entreprises entrant dans le champ d'application du dispositif et accordent le bénéfice de cette exonération ⁽²⁾.

En outre, le bénéfice de cette exonération est conditionné au fait qu'au moins un quart des membres de l'équipage sont des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

● L'exonération au titre de la concurrence internationale concernait en 2021 382 navires et environ 10 000 marins, soit près d'un tiers de l'effectif affilié à l'Enim, pour un déficit de cotisations estimé à 47 millions d'euros ⁽³⁾. Les dépenses de soutien à la flotte de transport de passagers représentaient 64 % du montant total de ces exonérations, soit 29,6 millions d'euros, tandis que la flotte de service et de travaux maritimes représentait 22 % du coût total du dispositif, soit 10,1 millions d'euros. Le transport de marchandises représentait 10 % de ce coût, soit 4,5 millions d'euros, et la plaisance professionnelle le reliquat.

Le bénéfice de cette mesure est cumulable avec la réduction générale des cotisations patronales.

2. Un élargissement aux effets limités sur la compétitivité des entreprises concernées

● Dans un rapport récent portant sur l'Enim, la Cour des comptes a jugé le dispositif de soutien aux navires exposés à la concurrence internationale « *mal calibré* » ⁽⁴⁾. Elle note en particulier que, s'agissant du transport de marchandises ou des flottes de travaux, « [l'incidence] de l'exonération apparaît limité[e] voire inexistant[e], au regard de la très faible part représentée par les salaires dans les coûts d'exploitation de ces navires » ⁽⁵⁾. L'évaluation préalable du présent article

(1) Communication C(2004) 43 de la Commission – Orientations communautaires sur les aides d'État au transport maritime.

(2) En application de l'article 11 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(3) Cour des comptes, L'Établissement national des invalides de la marine, 2024, p. 16.

(4) Ibid., p. 17.

(5) Ibid.

fournie par le Gouvernement souligne d'autre part que les marins employés sur des navires de fret de service perçoivent des rémunérations comprises entre 2,5 et 4 fois le Smic, soit des niveaux auxquels la concurrence internationale repose sur d'autres composantes de la compétitivité que les différences de coût du travail, telles que le niveau de qualification des salariés ou le savoir-faire propre à certaines entreprises ⁽¹⁾.

Notons également que ces cotisations s'appliquent, dans le secteur du commerce, à une assiette forfaitaire très inférieure aux rémunérations brutes des salariés, ce qui limite la contribution de ces dispositifs à la réduction du taux effectif de cotisations ⁽²⁾.

D'une façon générale, la Cour des comptes a dressé un bilan contrasté des effets des exonérations de cotisations sociales relevant du régime de protection sociale des marins, qui l'a conduite à dénoncer la « *prolifération* » de ces dispositifs ⁽³⁾.

C. L'EXONÉRATION DE COTISATIONS PATRONALES AU PROFIT DE CERTAINES JEUNES ENTREPRISES

1. Depuis 2024, le dispositif social et fiscal de soutien aux jeunes entreprises s'applique à trois catégories d'établissements

Les jeunes entreprises innovantes (JEI), les jeunes entreprises de croissance (JEC) et les jeunes entreprises universitaires (JEU) sont de petites et moyennes entreprises (PME) caractérisées par une activité importante de recherche et développement et qui bénéficient de dispositifs sociaux et fiscaux dérogatoires.

● Depuis les modifications apportées à ce dispositif par la loi de finances pour 2024 ⁽⁴⁾, est qualifiée de jeune entreprise innovante (JEI) une entreprise qui, à la clôture de son exercice ⁽⁵⁾ :

- emploie moins de 250 personnes ;
- réalise un chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros ou enregistre un bilan inférieur à 43 millions d'euros ;
- a été créée depuis moins de huit ans ;

(1) Annexe 9 du PLFSS 2025, p. 40.

(2) La Cour des comptes indique que, selon les chiffrages de l'Acoss, les rémunérations brutes dans le secteur du commerce constituaient une assiette de l'ordre de 650 millions d'euros en 2021, soit un montant 2,5 fois plus élevé que celui de l'assiette forfaitaire pour ce secteur, qui n'était que de 253 millions d'euros. Cf. Cour des comptes, rapport précité, p. 15.

(3) Ibid., pp. 15 sqq.

(4) Article 69 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

(5) Article 44 sexes-0 A du code général des impôts. Les critères d'éligibilité à ce dispositif étaient initialement plus larges.

– a réalisé des dépenses de recherche représentant au moins 15 % de ses charges fiscalement déductibles au titre de cet exercice ;

– est détenue directement ou indirectement à 50 % au moins par des personnes physiques ou par des sociétés d'investissement (sociétés de capital-risque, fonds communs de placement à risque, fonds professionnels de capital investissement, sociétés financières d'innovation), des associations reconnues d'utilité publique à caractère scientifique, des établissements publics de recherche ou une société elle-même qualifiée de jeune entreprise innovante ;

– n'a pas été créée dans le cadre d'une concentration, d'une restructuration, d'une extension d'activités préexistantes ou d'une reprise de telles activités.

• Créées en 2008, les jeunes entreprises universitaires constituent une catégorie particulière de JEI. Elles présentent la particularité de n'être pas soumises à la condition relative à la part des dépenses de recherche et développement. En contrepartie, pour être éligible à ce statut, une entreprise doit :

– être détenue à hauteur de 10 % au moins par des étudiants, des personnes titulaires depuis moins de cinq ans d'un diplôme conférant le grade de master ou d'un doctorat, ou des personnes affectées à des activités d'enseignement ou de recherche ;

– avoir pour activité principale la valorisation de travaux de recherche auxquels ses dirigeants ou ses associés ont participé au sein d'un établissement d'enseignement supérieur.

• La loi de finances pour 2024 a créé la catégorie des jeunes entreprises de croissance (JEC) ⁽¹⁾. Celles-ci remplissent les mêmes conditions que les JEI sauf en ce qui concerne la part des dépenses de recherche et développement dans leur bilan, laquelle est comprise entre 5 % et 15 % ⁽²⁾. Pour être qualifiée de JEC au cours d'un exercice déterminé, une entreprise doit de surcroît satisfaire plusieurs critères de performance économique définis par voie réglementaire :

– son effectif doit avoir augmenté d'au moins 100 % et d'au moins dix salariés, par rapport à celui constaté à la clôture de l'antépénultième exercice ;

– le montant de ses dépenses de recherche au cours de cet exercice doit être au moins égal à celui de l'exercice précédent ⁽³⁾.

• Ces entreprises bénéficient de dispositifs fiscaux et sociaux dérogatoires.

En premier lieu, en application de l'article 44 *sexies* A du code général des impôts, les jeunes entreprises innovantes créées avant le 31 décembre 2023 sont

(1) Article 44 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

(2) c du 3° de l'article 44 *sexies*-0 A du code général des impôts.

(3) Décret n° 2024-464 du 24 mai 2024 relatif à la définition des indicateurs de performance économique prévus au c du 3° de l'article 44 *sexies*-0 A du code général des impôts.

exonérées d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés pour leur premier exercice bénéficiaire et se voient appliquer un abattement de 50 % sur les bénéfices qu'elles dégagent lors de l'exercice suivant cette période d'exonération. Sur délibération, les communes et leurs groupements peuvent également, en application des articles 1466 D et 1383 D du code général des collectivités territoriales, exonérer pour une durée de sept ans les JEI créées avant le 31 décembre 2025 de cotisation foncière des entreprises (CFE) et de taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB).

La composante fiscale du dispositif JEI a été réformée par la loi de finances pour 2024. Aussi, l'exonération d'impôt sur le revenu et d'impôt sur les sociétés ne s'applique plus aux entreprises créées à compter du 1^{er} janvier 2024. En revanche, la souscription au capital de ces entreprises ouvre désormais droit à une réduction de l'impôt sur le revenu au titre de la « réduction Madelin »⁽¹⁾. Cette modification du régime de soutien aux jeunes entreprises procédait notamment du constat de la faible pertinence de l'exonération d'imposition sur les bénéfices compte tenu du résultat déficitaire de la majorité d'entre elles⁽²⁾.

D'autre part, en application de l'article 131 de la loi de finances pour 2004, les revenus d'activité versés aux salariés des jeunes entreprises innovantes et aux mandataires sociaux participant à titre principal aux projets de recherche sont exonérés de cotisations à la charge de l'employeur, dans la double limite de la part des cotisations dues pour la part de rémunération inférieure à 4,5 fois le Smic – soit 7 947 euros bruts par mois en 2024 – et d'un montant égal à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit 231 840 euros la même année⁽³⁾.

2. Une exonération qui procure un avantage différentiel important par rapport aux dispositifs de droit commun

- La composante sociale du dispositif de soutien à ces entreprises présente la particularité de donner lieu à un montant d'exonération bien plus important que les allègements généraux tout en s'appliquant à une échelle de rémunérations plus étendue.

À titre illustratif, pour un salarié dont la rémunération est égale 1,3 fois le Smic, l'exonération JEI diminue le coût du travail de 2 143 euros en 2024, soit un montant plus de deux fois supérieur au montant de l'exonération procurée par la réduction générale. Le point de sortie de cette exonération est de surcroît plus élevé que celui des allègements généraux et, à plus forte raison, de celui de la réduction

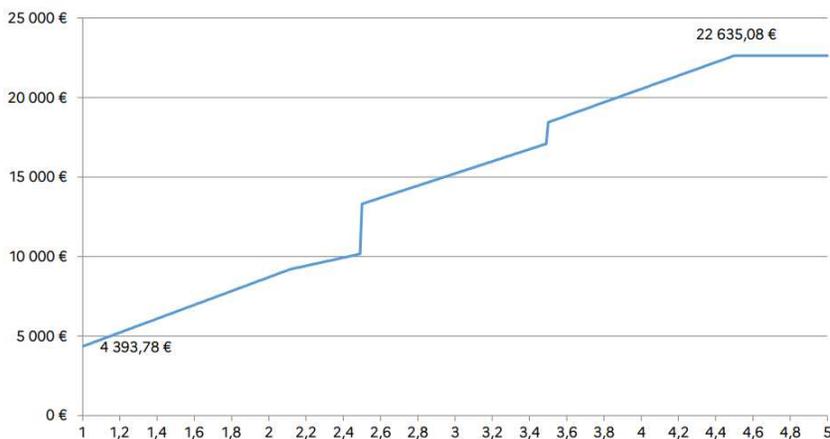
(1) I à V de l'article 199 terdecies-0 A du code général des impôts.

(2) Cf. l'exposé sommaire de l'amendement n° I-5432 de M. Paul Midy et plusieurs de ses collègues au projet de loi de finances pour 2024 lors de son examen en première lecture par l'Assemblée nationale : « si le dispositif d'ensemble est jugé globalement efficace, l'exonération d'imposition sur les bénéfices qu'il confère est en revanche peu adaptée. En effet, elle s'applique aux JEI créées depuis moins de huit ans. Or les JEI, du fait de leur jeune âge, sont majoritairement déficitaires : seules quatre JEI sur dix dégagent un bénéfice de leur activité, rendant une exonération d'impôt sur les bénéfices peu pertinente. »

(3) Ce double plafonnement a été introduit par l'article 175 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011. En revanche, la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 a supprimé la dégressivité de l'exonération dans le temps qui s'appliquait jusqu'alors à compter de la quatrième année.

générale des cotisations patronales : il s'établit à 4,5 Smic, soit 7 947 euros bruts par mois en 2024, contre 3,5 Smic pour le « bandeau famille », soit 6 181 bruts, et 1,6 Smic pour la réduction générale, soit 2 825 euros bruts.

MONTANT ANNUEL DE L'EXONÉRATION « JEI » SELON LE NIVEAU DE RÉMUNÉRATION EXPRIMÉ EN MULTIPLE DE SMIC – 2023



Source : annexe 2 du Placss 2023, p. 166.

● Par ailleurs, l'augmentation du nombre d'établissements et de salariés concernés a entraîné une hausse du coût de cette exonération. Aussi, en 2023, celle-ci concernait plus de 20 000 salariés, contre 18 700 en 2018 et 14 700 en 2015, et son coût atteignait 267 millions d'euros, contre 204 millions d'euros en 2018 et 167 millions d'euros en 2015 ⁽¹⁾. La création d'une nouvelle catégorie d'entreprises éligibles à ce dispositif en 2024 est de surcroît de nature à augmenter encore ces pertes de recettes.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : RESTREINDRE LE CHAMP D'APPLICATION DE CES EXONÉRATIONS AFIN D'EN RÉDUIRE LE COÛT

A. LA PART DE LA RÉMUNÉRATION DES APPRENTIS QUI DÉPASSE LA MOITIÉ DU SMIC SERAIT ASSUJETTIE AUX CONTRIBUTIONS SOCIALES

Le I prévoit l'assujettissement de la rémunération des apprentis à la CSG et à la CRDS :

– le 1^o complète le II de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, qui définit l'assiette de la CSG portant sur les revenus d'activité, afin d'y inclure cette rémunération pour la part excédant 50 % du Smic. Le renvoi à cette disposition

(1) Annexe du Placss 2023, p. 168.

qui figure à l'article 14 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée a pour conséquence d'assujettir d'un même mouvement ces revenus à la CRDS ;

– le 2° tire les conséquences du 1° en supprimant la disposition du III dudit article L. 136-1-1 qui exclut la rémunération des apprentis de l'assiette des contributions sociales sur les revenus d'activité.

En outre, d'après l'annexe 9, le Gouvernement prévoit de réduire par décret le niveau de rémunération à partir duquel l'exonération de cotisations salariales cesse de s'appliquer. Ce niveau serait abaissé de 0,79 Smic à 0,5 Smic, ce qui est conforme aux préconisations des corps d'inspection, lesquels avaient estimé que cette modification entraînerait l'assujettissement aux cotisations d'environ 19 % de la masse salariale totale des apprentis⁽¹⁾. Aussi, cette mesure entraînerait des recettes supplémentaires de 300 millions d'euros pour les régimes de base.

D'après le barème fixant le niveau minimal de la rémunération des apprentis en fonction de l'âge et de l'année d'exécution du contrat⁽²⁾, seraient concernés par ces deux mesures :

- les jeunes âgés de 16 à 17 ans pendant la troisième année d'apprentissage ;
- les jeunes âgés de 18 à 20 ans durant la deuxième ou la troisième année d'apprentissage ;
- les apprentis âgés d'au moins 21 ans.

B. LES EXONÉRATIONS « NON-ENIM » POUR LES NAVIRES SOUMIS À LA CONCURRENCE INTERNATIONALE SERAIENT RECENTRÉES SUR LES NAVIRES DE TRANSPORT DE PASSAGERS

Le II limite aux équipages des navires de transport de passagers le champ d'application des exonérations d'allocations familiales et d'assurance chômage dont bénéficient les entreprises d'armement maritime.

La mesure proposée rétablit donc cette exonération dans sa forme antérieure à la loi du 20 juin 2016 précitée. Le Gouvernement estime qu'elle permettrait de concentrer les effets de la mesure sur les équipages dont la rémunération est proche de celle des niveaux concernés par les exonérations générales, sans dégrader la compétitivité des armateurs français qui, dans le cas des navires de transport et de service, repose sur la composante hors prix.

Le rendement de cette suppression est évalué à 20 millions d'euros.

(1) Rapport précité de l'IGF et de l'Igas, p. 17.

(2) Article D. 6222-26 du code du travail.

C. LA COMPOSANTE SOCIALE DU DISPOSITIF DE SOUTIEN AUX JEUNES ENTREPRISES CESSERAIT DE S'APPLIQUER AUX JEI ET AUX JEC

Le **III** modifie l'article 131 de la loi de finances pour 2004 afin de restreindre le champ d'application de l'exonération prévue par celui-ci aux seules jeunes entreprises universitaires (JEU), pour une économie estimée à 300 millions d'euros.

Outre l'écart significatif entre l'avantage procuré par cette exonération et celui résultant l'application du droit commun, l'évaluation préalable de l'article fait état d'un objectif de recentrage du soutien à ces PME sur des mesures tendant à favoriser l'investissement – telles que l'intégration des trois catégories de jeunes entreprises au champ d'application de la « réduction Madelin ».

*

* *

Article 8

Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

L'article 8 procède, comme chaque année, à la modification de la clef de répartition des ressources fiscales affectées aux différentes branches de la sécurité sociale. Il doit se lire en miroir de l'article 38 du projet de loi de finances pour 2025 qui modifie la part de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale pour tenir compte de certaines mesures prises dans les textes financiers.

Il opère des transferts de taxe sur les salaires entre les branches de la sécurité sociale pour :

- réaffecter au profit de la branche maladie une partie des gains nets spontanés générés par la réforme des allègements généraux de cotisation prévue à l'article 6 sur la branche famille (266 millions d'euros) ;
- répartir entre les branches maladie et vieillesse le coût lié à la rétrocession à l'État à hauteur d'1 milliard d'euros d'une partie des gains générés par la réforme des allègements généraux au titre des pertes d'impôts sur les sociétés (534 millions d'euros pour la branche maladie) ;
- affecter à la branche famille une partie de la compensation versée par l'État au titre de l'autorisation du cumul de l'exonération partielle de cotisations dont bénéficient les jeunes agriculteurs avec les mesures de réduction des cotisations familiales et d'assurance maladie prévues pour les travailleurs indépendants (11,1 millions d'euros pour la branche famille) ;
- réinvestir dans la branche vieillesse les gains générés par la réforme des retraites sur le régime de la fonction publique de l'État (69 millions d'euros).

L'article 8 comporte en outre plusieurs mesures qui ne constituent pas des transferts au sens strict, mais qui modifient l'affectation de ressources au sein des administrations de sécurité sociale :

- la modification des règles de calcul de la retenue opérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) au titre du risque de non-recouvrement des cotisations d'assurance chômage qu'elle prélève pour le compte de l'Unedic ;
- l'affectation des réserves du Fonds de solidarité vieillesse, de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF et de la Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

L'article 8 aménage la « tuyauterie » interne aux branches de la sécurité sociale. Pour l'exercice 2025, les transferts prévus se partagent en trois catégories principales, selon qu'ils tirent les conséquences des mesures relatives aux réformes des exonérations de cotisations sociales prévues dans le présent projet de loi de financement, qu'ils adaptent des dispositions issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ou qu'ils constituent des mesures nouvelles par eux-mêmes. Comme de coutume, les transferts financiers entre les branches de sécurité sociale passent principalement par une modification de la clef de répartition de la taxe sur les salaires.

I. LES TRANSFERTS OPÉRÉS AFIN DE TENIR COMPTE DES MESURES PRÉVUES DANS LE PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT RELATIVES AUX EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES

1. Les transferts liés aux gains générés par la réforme des allègements généraux de cotisations sociales (famille-maladie) et à la compensation, pour l'État, des pertes d'impôts sur les sociétés qu'elle provoque (vieillesse-maladie)

• L'article 6 du présent projet de loi de financement réforme les dispositifs d'allègements généraux de cotisations. Cette réforme, dont l'achèvement est prévu en 2026, engendrerait des effets financiers dès 2025 à hauteur de 5,1 milliards d'euros de gains bruts pour la sécurité sociale. La hausse des cotisations qui résulterait de cette réforme diminuerait toutefois les bénéfices des sociétés, provoquant ainsi 1 milliard d'euros de pertes d'impôt sur les sociétés pour l'État. Le gain net pour les administrations publiques serait donc d'environ 4,1 milliards d'euros. Le présent article tire deux conséquences de cette réforme pour la répartition des économies qu'elle engendre.

D'une part, comme le précise l'annexe 9 du projet de loi de financement, il est prévu de compenser intégralement à l'État la perte de recettes d'impôt sur les sociétés de sorte que le gain net pour la sécurité sociale s'établirait à environ 4,1 milliards d'euros pour 2025. Cette compensation passe par une diminution de la part de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale ⁽¹⁾. Dans la mesure où la part de TVA affectée par l'État aux organismes de sécurité sociale est exclusivement affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie ⁽²⁾, cette seule opération diminuerait ses ressources d'1 milliard d'euros.

Afin de limiter l'impact de cette rétrocession sur le solde de la branche maladie, il est proposé que la branche vieillesse y contribue à hauteur de 534 millions d'euros. Ce montant correspondrait à un transfert de 3 points de taxe sur les salaires de la branche vieillesse à la branche maladie.

D'autre part, la réforme des allègements généraux de cotisations sociales génère spontanément des recettes supplémentaires :

– pour la branche vieillesse (2,7 milliards d'euros), liées au fait que la réforme rétablit deux points de cotisations d'assurance vieillesse sur les bas salaires ;

– pour les branches maladie (2,2 milliards d'euros) et famille (300 millions d'euros), liées à la diminution des points de sortie des dispositifs de réduction des cotisations maladie et familles (dits « bandeaux maladie et famille ») à respectivement 2,2 Smic et 3,2 Smic ⁽³⁾.

(1) Article 32 du projet de loi de finances pour 2025.

(2) 9° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

(3) Articles L. 241-2-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant de l'article 6 du présent projet de loi de financement.

Dans la mesure où la branche famille est déjà excédentaire, le présent article transfère à la branche maladie les économies générées à hauteur de 266 millions d'euros. Ce transfert serait effectué par l'affectation d'une part de taxe sur les salaires correspondant à 1,49 point de celle-ci.

2. Le transfert au titre de la compensation par l'État des pertes de recettes engendrées par le cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs et des taux réduits de droit commun des cotisations familiales (maladie-famille)

- L'article 5 ouvre la possibilité pour les jeunes agriculteurs de cumuler le dispositif ciblé d'exonération partielle dégressive dont leurs cotisations font l'objet avec les dispositifs de réduction des taux de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dont bénéficient les travailleurs indépendants ⁽¹⁾.

Cette mesure a pour effet de réduire les recettes des branches famille et maladie de 25 millions d'euros. Cette perte est compensée par l'affectation d'une part de TVA correspondant à 0,01 point de son rendement total ⁽²⁾.

- Afin que la branche famille puisse bénéficier d'une partie de cette compensation, l'article 8 procède à un transfert de 11,1 millions d'euros en provenance de la branche maladie, ce qui correspond à 0,06 point de taxe sur les salaires.

II. LES TRANSFERTS OPÉRÉS AFIN D'ADAPTER LES DISPOSITIONS DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

L'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoyait plusieurs mesures ayant un effet sur les transferts financiers entre les branches de la sécurité sociale d'une part et entre les régimes obligatoires de base et l'Unedic d'autre part ⁽³⁾. L'article 15 organisait quant à lui la réforme du schéma de financement du système de retraite en transférant notamment à la Caisse nationale d'assurance vieillesse le rôle « d'équilibreur en dernier ressort » que l'État assumait alors au profit des régimes spéciaux en cours d'extinction. Le présent article apporte des adaptations à ces mesures.

1. La prolongation du transfert de l'État à la branche vieillesse au titre du rendement généré par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État (maladie-vieillesse)

- Le report de l'âge de départ à la retraite et l'accélération du relèvement de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension à taux plein résultant de l'article 10 de la loi de financement rectificative pour 2023 entraînent un gain

(1) *Articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale.*

(2) *Article 38 du projet de loi de finances pour 2025.*

(3) *Article 16 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.*

estimé à 1,1 milliard d'euros en 2030 pour le régime de la fonction publique d'État ⁽¹⁾. Le solde du service des retraites de l'État (SRE) étant nul par construction dans la mesure où l'État verse une dotation permettant l'équilibre, ce gain se traduira par une diminution de cette dotation, votée chaque année en loi de finances. Ce sera donc une moindre dépense pour l'État ⁽²⁾.

Or, comme le rappelle l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, la réforme des retraites prévoyait d'affecter la totalité des économies au redressement financier du système de retraite. Il en va ainsi naturellement de celles bénéficiant aux régimes de la fonction publique. Les trajectoires financières présentées dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 intégraient donc un transfert financier de l'État vers la branche vieillesse pour tenir compte des effets de la réforme sur le régime de la fonction publique d'État.

● Les lois financières pour l'exercice 2024 ont prévu un transfert à hauteur de 194 millions d'euros :

– de l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie par l'affectation d'une part de TVA supplémentaire représentant 0,09 point de son rendement total ⁽³⁾ ;

– de la Caisse nationale de l'assurance maladie vers la Caisse nationale d'assurance vieillesse par l'affectation d'un montant de taxe sur les salaires représentant 1,08 point de son rendement total ⁽⁴⁾.

Selon les données de l'annexe 9, la montée en charge de la réforme entraînerait une économie de 263 millions d'euros pour l'année 2025. Compte tenu des 194 millions d'euros déjà transférés l'année dernière, il est nécessaire d'augmenter le transfert de 69 millions d'euros.

En application de l'article 38 du projet de loi de finances, la part de TVA affectée à la Cnam serait augmentée de 0,03 point. Afin que ces recettes supplémentaires soient réinvesties dans le système de retraite, le présent article transfère 0,39 point de taxe sur les salaires de la branche maladie à la branche vieillesse.

Le rapporteur général note toutefois que les économies attendues de 263 millions d'euros sont inférieures de 70 millions d'euros à celles inscrites dans la trajectoire intégrée aux annexes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(1) Article 10 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Les dépenses de retraite du régime de la fonction publique d'État sont votées chaque année en loi de finances dans le compte d'affectation spéciale « Pensions ».

(3) Article 163 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

(4) Article 16 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

**SUIVI DES ÉCARTS DU RENDEMENT DE LA RÉFORME DES RETRAITES
POUR LE RÉGIME DE LA FONCTION PUBLIQUE DE L'ÉTAT**

(en millions d'euros)

	LFSS 2024 (a)	PLFSS 2025 (b)	Évolution du montant à affecter à la branche vieillesse par rapport à l'année précédente	Différence de rendement attendu (b-a)
2024	194	194	0	0
2025	333	263	69	- 70
2026	405	n.a.	n.a.	n.a.
2027	520	n.a.	n.a.	n.a.

Source : commission des affaires sociales à partir des données annexées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

2. L'adaptation des modalités de plafonnement de la compensation par l'Acoss à l'Unedic du coût de la réduction générale de cotisations sur les bas salaires (Acoss-Unedic)

● Le 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale confie à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) la mission de compenser la perte de recettes résultant, pour l'Unedic, des exonérations de contributions d'assurance chômage liées aux allègements généraux sur les bas salaires ⁽¹⁾. Jusqu'en 2024, la compensation s'effectuait « à l'euro près », ce qui impliquait que l'Urssaf versât à l'Unedic un montant correspondant à l'ensemble des contributions d'assurance chômage qu'elle recouvrait, mais également celles recouvrées par d'autres organismes :

– par les caisses de mutualité sociale agricole lorsqu'elles sont dues au titre des salariés agricoles ⁽²⁾ ;

– par Pôle emploi lorsqu'elles sont dues au titre des salariés expatriés, des travailleurs indépendants, des marins ⁽³⁾ et des intermittents du spectacle ⁽⁴⁾ ;

– par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ⁽⁵⁾ ;

– par la caisse de sécurité sociale de Mayotte ⁽⁶⁾.

● Afin de mener à bien cette mission, l'Acoss bénéficie de l'affectation de 5,18 points de TVA qu'elle répartit entre l'Agirc-Arrco et l'Unedic au titre de la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire et de contributions d'assurance chômage ⁽⁷⁾.

(1) Pour une présentation détaillée de ce dispositif, le lecteur pourra utilement se référer au commentaire de l'article 6.

(2) b de l'article L. 5427-1 du code du travail.

(3) a de l'article L. 5427-1 précité.

(4) e de l'article L. 5427-1 précité.

(5) d de l'article L. 5427-1 précité.

(6) f de l'article L. 5427-1 précité.

(7) b du 9° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. Cette part correspond non seulement à la compensation de la perte de recettes pour l'Unedic mais également à la compensation pour l'Agirc-Arrco de l'exonération des cotisations de retraite complémentaire.

Si l'on constate un écart entre le montant des cotisations effectivement recouvrées et celui de la compensation affectée à l'Unedic, un mécanisme de régularisation permet de le corriger ultérieurement de telle sorte que les conséquences d'un sous-calibrage de la part de TVA affectée pèsent sur l'Acoss et non sur l'Unedic.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽¹⁾, cette compensation est toutefois minorée d'un montant forfaitaire fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. La chronique de ces minorations de compensation est fixée dans un arrêté du 27 décembre 2023 ⁽²⁾. Le tableau suivant la rappelle et suit les écarts avec le document de cadrage qui avait été adressé aux partenaires sociaux chargés de la gestion de l'assurance chômage avant la mise en place de cette réforme.

MONTANT REPRIS PAR L'ÉTAT AU TITRE DE LA COMPENSATION PARTIELLE DE LA RÉDUCTION DÉGRESSIVE SUR LES COTISATIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE

(en milliards d'euros)

	2023	2024	2025	2026
Montants prévus dans le document de cadrage envoyé aux partenaires sociaux	2	Entre 2,5 et 2,7	Entre 3 et 3,2	Entre 3,5 et 4
Montants prévus à l'arrêté du 27 décembre 2023	2	2,6	3,35	4,1
Écart par rapport à la borne supérieure	0	0,1	0,15	0,1

Source : commission des affaires sociales à partir de l'arrêté du 27 décembre 2023 et du document de cadrage envoyé aux partenaires sociaux chargés de négocier les règles de l'assurance chômage.

En contrepartie, la part de TVA affectée à l'Acoss est réduite d'un montant fixé par la loi de finances de l'année à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. En 2024, la part de TVA affectée par l'État à l'Acoss s'élèvera ainsi finalement à 5,18 points de TVA dont sont déduits 2,6 milliards d'euros. Pour l'année 2025, le projet de loi de finances prévoit de porter cette minoration à 3,35 milliards d'euros. Ce montant pourra être réutilisé au titre des politiques de soutien à l'emploi menés par l'État.

Cette mesure est justifiée par la situation excédentaire du régime d'assurance chômage, lequel a particulièrement bénéficié de la hausse du taux d'emploi et de la diminution du taux de chômage tendanciellement observées ces dernières années ainsi que des réformes portant sur l'indemnisation des chômeurs.

Selon l'annexe 8, le solde de l'Unedic s'élèverait à 0,6 milliard d'euros en 2024, après reprise d'une partie des excédents. Malgré l'augmentation des reprises à horizon 2027, le solde resterait durablement excédentaire. Il serait de 3,5 milliards d'euros en 2025 en tenant compte de la moindre compensation de 3,35 milliards

(1) Article 16 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 précitée.

(2) Arrêté du 27 décembre 2023 fixant la répartition de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée affectée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ainsi que le plafonnement de la compensation prévu au 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

d'euros. Cette trajectoire financière devrait permettre de poursuivre l'apurement progressif de la dette de l'assurance chômage qui passerait de 59,3 milliards d'euros en 2023 à 58,7 milliards d'euros en 2024, puis 55,2 milliards d'euros en 2025.

• Toutefois, lorsque ce dispositif de compensation minorée a été mis en place, aucune conséquence n'a été tirée sur le mécanisme de reversement à l'Unedic des cotisations que le réseau des Urssaf prélève pour son compte ⁽¹⁾. Plus précisément, l'assiette de cotisations à laquelle est appliqué le taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement comprend l'ensemble des cotisations d'assurance chômage légalement dues par les assurés sans prendre en compte le fait qu'une partie d'entre elles ne seraient jamais reversées à l'Unedic du fait de la sous-compensation des pertes de recettes liées au dispositif des allègements généraux.

Autrement dit, la retenue effectuée par l'Acoss pour tenir compte du risque de non-recouvrement s'applique à une assiette plus élevée que celle des cotisations effectivement dues à l'Unedic ce qui contribue à réduire davantage le montant des cotisations que cette dernière perçoit.

Le mécanisme de reversement sur sommes dues et l'application des frais de non-recouvrement

Conséquence du processus d'unification du recouvrement des cotisations et contributions sociales aux Urssaf, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽²⁾ a engagé une démarche de rationalisation des relations entre le réseau des Urssaf, chargé de recouvrer un nombre croissant de cotisations et de contributions sociales, et les attributaires finaux de ces ressources.

Inspiré de la procédure appliquée par la DGFIP dans ses relations avec les collectivités territoriales, l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi que l'Urssaf Caisse nationale verse aux attributaires finaux d'un certain nombre de cotisations et contributions dont elle assure le recouvrement une somme correspondant au montant légalement dû par les redevables duquel est déduit un taux forfaitaire représentant le risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes. Ce taux est fixé par voie réglementaire à 2 % pour la période 2021-2026 ⁽³⁾.

Ce système présente deux vertus :

- la première est la simplicité et la fiabilité puisqu'elle supprime les opérations de régularisation ultérieure sur la base des montants effectivement recouverts et, par voie de conséquence, les aléas de gestion de trésorerie qui pouvaient en résulter ;
- la seconde est qu'il incite à l'amélioration du processus de recouvrement dans la mesure où c'est l'organisme qui en a la charge qui se trouve pénalisé en cas de mauvais recouvrement et non l'attributaire final.

(1) 6° de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(3) Arrêté du 30 juin 2021 fixant le taux forfaitaire de non-recouvrement, les dates limites de versement aux attributaires et les règles applicables en l'absence de convention en application de l'article D. 133-13-7 du code de la sécurité sociale.

Le **IV** du présent article corrige cet effet en précisant au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale que les sommes excédant le montant de la compensation ne pourront se voir appliquer le taux lié au risque de non-recouvrement.

Cette précision diminuerait les recettes des branches de la sécurité sociale d'environ 39 millions d'euros en 2024 et 45 millions d'euros en 2025 ⁽¹⁾. Il s'agit essentiellement d'une mesure paramétrique visant à recentrer le mécanisme de retenue pour risque de non-recouvrement sur son objectif originel en supprimant les effets de bord liés aux nouvelles modalités de compensation du coût des allègements généraux de cotisations pour l'Unedic.

3. L'attribution à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des réserves des régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP au titre de sa mission d'équilibrage financier de ces régimes

● Tirant les conséquences de la fermeture de plusieurs régimes spéciaux consécutive à la réforme des retraites d'avril 2023, l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a procédé à l'intégration financière, au sein de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, de l'ensemble des régimes spéciaux en cours d'extinction en même temps qu'il lui a confié un rôle « d'équilibreur en dernier ressort » desdits régimes.

Comme le précisait l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le schéma de financement retenu pour ces régimes spéciaux prévoit une mobilisation des ressources selon l'ordre de priorité suivant :

– en premier lieu, seront affectées prioritairement au financement du régime spécial intégré les cotisations et contributions sociales dont il bénéficie ;

– en deuxième lieu, et si cette première source de financement ne suffit pas à assurer l'équilibre du régime, ses réserves financières seront mobilisées ;

– en dernier lieu, le régime intégré bénéficiera d'une dotation d'équilibre de la Cnav, en application de l'article L. 134-3 du code de la sécurité sociale.

● À compter du 1^{er} janvier 2025, la Cnav aura donc la responsabilité d'équilibrer les régimes spéciaux de retraite des agents de la SNCF et de la RATP dans la mesure où les réserves de ces régimes ne suffisent pas à assurer leur équilibre financier. Afin de compenser le coût pour le régime général d'assurance vieillesse, le programme 198 de la mission *Régimes sociaux et de retraite* du projet de loi de finances pour 2025 prévoit d'affecter un montant correspondant aux besoins de financement de ce régime desquels seraient déduits :

– les montants qui auraient été versés à ces régimes au titre de la compensation démographique avant leur intégration au régime général (et qui

(1) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

s'imputent sur le montant versé par ledit régime général aux autres régimes d'assurance vieillesse) ;

– le montant des cotisations dues par les personnes embauchées à la RATP et à la SNCF ⁽¹⁾ depuis la fermeture du régime, lesquelles sont dorénavant affiliées au régime général et intègrent donc l'effectif cotisant de ce régime.

Selon le programme annuel de performance de la mission *Régimes sociaux et de retraite* du projet de loi de finances pour 2025, le montant de la compensation versée par l'État à la Caisse nationale d'assurance vieillesse s'élèverait à 3,3 milliards d'euros au titre du régime de retraite du personnel de la SNCF et à 902 millions au titre du régime de retraite du personnel de la RATP ⁽²⁾.

• Dans ce contexte, l'article 8 prévoit deux mesures :

– d'une part, le **III** complète l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale pour ajouter au nombre des ressources permettant la couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage du régime général les sommes versées par l'État pour équilibrer les régimes de retraite de la RATP et de la SNCF ;

– d'autre part, dans un souci de simplification, le **V** organise la reprise par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des fonds propres disponibles des régimes de la RATP et de la SNCF constatés à la clôture de l'exercice 2024. Il renvoie à un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget la responsabilité de fixer les modalités de cette reprise et des actifs correspondants. Par construction, cette reprise ne pourra intervenir qu'une fois les comptes 2024 définitivement clos. L'arrêté ne pourra être ainsi pris qu'au début de l'année 2025, la reprise devant en tout état de cause être effectuée au plus tard le 30 juin 2025.

III. L'ATTRIBUTION DES EXCÉDENTS DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE À LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

• Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a été institué par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale. C'est un établissement public de l'État à caractère administratif dont les missions sont définies aux articles L. 135-1 et L. 135-5 du code de la sécurité sociale.

Le FSV a pour objet de financer les régimes de retraite au titre de certains avantages de vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Il a notamment pour mission de prendre en charge les validations de trimestres

(1) En application du IX de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, la Cnav et l'Agirc-Arrco versaient une compensation définie par une convention signée avec la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF. À compter de l'exercice 2025, les modalités de compensation financière seront définies selon les règles applicables à l'ensemble des autres régimes spéciaux intégrés financièrement à la Cnav.

(2) *Projet annuel de performance, Régimes sociaux et de retraite, projet de loi de finances pour 2025.*

d'assurance au titre du chômage, de l'activité partielle, des arrêts de travail, du volontariat du service civique, des périodes d'apprentissage et de stage de la formation professionnelle.

Il assure le financement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) versée par les régimes de retraite de base et la gestion du service chargé de payer l'ASPA aux personnes qui ne sont affiliées à aucun régime de retraite (SASPAs).

Longtemps déficitaire, le FSV se caractérise depuis 2022 par une situation structurellement excédentaire. En effet, les dépenses du FSV sont principalement constituées des prises en charge de cotisations au titre du chômage. En 2023, ce poste de dépenses représentait 12 milliards d'euros, soit près de 63 % de ses charges nettes (19,3 milliards d'euros)⁽¹⁾. Le résultat du FSV est donc très dépendant du taux d'emploi et du niveau de chômage.

Dans la mesure où le scénario macroéconomique sous-jacent aux textes budgétaires pour l'exercice 2025 prévoit une amélioration du taux d'emploi à horizon 2028, l'annexe A du présent projet de loi de financement projette les excédents du FSV à un niveau proche de 1 milliard d'euros jusqu'en 2026 avant de fortement augmenter en 2027 (+ 1,9 milliard d'euros) et en 2028 (+ 3,1 milliards d'euros).

- Dans ce contexte, le **II** du présent article crée un article L. 135-4 dans le code de la sécurité sociale afin de prévoir que le résultat excédentaire du FSV constaté à la clôture d'un exercice puisse être transféré à la Caisse nationale d'assurance vieillesse à hauteur d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. L'article renvoie au même arrêté la compétence de fixer les modalités de versement des sommes correspondantes

Le montant correspondant serait inscrit en fonds propres dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ce qui aurait pour conséquence de réduire son report à nouveau négatif en même temps que le report à nouveau positif du FSV.

IV. IMPACT FINANCIER GLOBAL ET RÉCAPITULATION DES INSTRUMENTS DE TRANSFERTS

1. Le projet de loi de finances pour 2025 adapte la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

- Selon l'annexe 3 du présent projet de loi de financement, les mesures de transferts de recettes entre l'État et la sécurité sociale contribueraient à détériorer le solde des régimes de base de 916 millions d'euros.

Les mouvements concernant la part de TVA affectée à la sécurité sociale sont résumés dans le tableau ci-dessous.

(1) Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024, p. 191.

RÉSUMÉ DES TRANSFERTS DE TVA

(en millions d'euros)	Montant	Points de TVA
Transferts financiers intégrés dans la fraction	- 916	- 0,42 ^(a)
<i>Affectation à la branche vieillesse du rendement de la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État</i>	69	0,03
<i>Cumul de l'exonération « jeunes agriculteurs » et de taux réduits de cotisations maladie et famille</i>	25	0,01
<i>Reprise de la dotation exceptionnelle à l'Établissement français du sang</i>	- 10	0
<i>Rétrocession liée à l'effet-retour de la réforme des allègements généraux sur l'impôt sur les sociétés</i>	- 1 000	- 0,46
Transferts hors fraction	- 750	- 0,35 ^(b)
<i>Reprise des excédents de l'Unedic – montant déduit en 2025, en sus du montant déjà déduit en 2024</i>	- 750	- 0,35
Somme des transferts de TVA	- 1 666	- 0,77 ^(b)

(a) Le montant de transferts financiers intégrés dans la fraction correspond à -0,42 point de TVA selon le calcul du rapporteur général, soit 0,01 point de plus que celui inscrit dans le projet de loi de finances pour 2025 (soit environ 22 millions d'euros). Cela peut toutefois s'expliquer par des jeux d'arrondis.

(b) Exprimer l'équivalent en points de TVA des transferts hors fraction et, par conséquent, de la somme totale des transferts a une visée pédagogique puisqu'elle ne se traduit pas par une diminution de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale en application de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

Source : commission des affaires sociales à partir de l'évaluation préalable de l'article 32 du projet de loi de finances pour 2024.

Ce transfert correspond, pour 2025, à 0,42 point de TVA, ce qui présente un delta de 0,01 point de TVA par rapport au transfert inscrit à l'article 38 du projet de loi de finances (- 0,43 point).

- La part de TVA juridiquement affectée à la sécurité sociale s'élèverait donc à 28,14 %, ce qui correspond à environ 60,8 milliards d'euros, desquels il faut déduire les 3,35 milliards d'euros de minoration de la compensation de la réduction dégressive pour l'Unedic. Ces 3,35 milliards d'euros ne s'imputent toutefois pas sur le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale puisque l'Urssaf Caisse nationale ne joue, en la matière, qu'un rôle d'intermédiaire entre l'État et l'Unedic.

2. Les transferts interbranches ou interrégimes

Au total, les transferts financiers interbranches comptent ainsi :

- un mouvement de 266 millions de la branche famille vers la branche maladie au titre de la réaffectation d'une partie des gains nets spontanés générés par la réforme des allègements généraux de cotisation sur la branche famille (**article 6**) ;

- un mouvement de 534 millions d'euros de la branche vieillesse vers la branche maladie pour répartir le coût lié à la rétrocession à l'État à hauteur de 1 milliard d'euros d'une partie des gains générés par la réforme des allègements généraux au titre des pertes d'impôts sur les sociétés (**article 6**) ;

– un mouvement de 11,1 millions d’euros de la branche maladie vers la branche famille au titre de la compensation versée par l’État de l’autorisation du cumul de l’exonération partielle de cotisations dont bénéficient les jeunes agriculteurs avec les mesures de réduction des cotisations familiales et d’assurance maladie prévues pour les travailleurs indépendants (**article 7**) ;

– un mouvement de 69 millions d’euros de la branche maladie vers la branche vieillesse au titre du réinvestissement des gains supplémentaires générés par la réforme des retraites sur le régime de la fonction publique de l’État en 2025.

3.La modification de la clef de répartition de la taxe sur les salaires « factorise » ces mouvements entre branches

Le **1° du I** modifie la clef de répartition de la taxe sur les salaires afin de répercuter la majeure partie des transferts :

– la part affectée à la branche vieillesse diminuerait de 2,61 points passant de 55,37 % à 52,96 % ;

– la part affectée à la branche famille diminuerait de 1,49 point passant de 15,80 % à 14,31 % ;

– la part affectée à la branche maladie serait en hausse de 4,10 points passant de 25,19 % à 22,99 % ;

– la part affectée à la branche autonomie serait stable à 5,08 %.

Le rapporteur général relève que la clef de répartition inscrite à l’article 8 ne correspond pas exactement aux transferts rendus nécessaires par les mesures listées à l’annexe 9. Selon ses calculs, il existe un écart de 0,06 point entre les fractions de taxe sur les salaires affectées à la branche maladie (à son profit) et à la branche famille (à son détriment) telles qu’elles résultent de l’article 8 et les fractions qui devraient résulter des transferts cités au présent commentaire.

Cet écart correspond exactement au montant de transfert permettant l’affectation à la branche famille d’une partie de la compensation versée par l’État au titre du cumul de l’exonération « jeunes agriculteurs » avec les réductions de cotisations maladie et famille. Ce transfert, pourtant documenté, n’a semble-t-il pas été répercuté dans le dispositif de l’article.

Le rapporteur général déposera donc un amendement en ce sens en prévision de l’examen en séance publique afin de corriger cette erreur matérielle.

IMPACT FINANCIER DES MESURES DE TRANSFERT (EN DROITS CONSTATÉS)

(en millions d'euros)

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Année				
	2024	2025	2026	2027	2028
Robss					
- Maladie		+ 710	+ 700	+ 690	+ 610
- AT-MP					
- Famille		- 250	- 240	- 240	- 240
- Vieillesse		- 460	- 460	- 450	- 370
- Autonomie					

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

*

* *

Article 9

Clarifier les modalités d'appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z

L'article 9 comporte plusieurs mesures visant à préciser la mise en œuvre de la réforme de la clause de sauvegarde du médicament adoptée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, qui sera mise en œuvre pour la première fois en 2026 au titre de l'exercice 2025.

S'agissant de la clause de sauvegarde du médicament, l'article précise les règles applicables en matière de répartition des dépenses remboursées entre les entreprises redevables s'agissant des médicaments dont l'exploitant a changé en cours d'année, ainsi que la situation des entreprises dont la contribution serait négative. L'article précise également deux déductions d'assiette de la clause de sauvegarde du médicament : l'écart médicament indemnisable et l'écart rétrocession indemnisable. L'article prévoit en outre certaines dispositions transitoires relatives à l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament, visant à corriger un effet inflationniste induit par le changement de méthode de calcul.

S'agissant de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, l'article propose de préciser que l'assiette de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux s'entend hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Par ailleurs, et comme chaque année, l'article 9 fixe le montant M de la clause de sauvegarde du médicament à 23,3 milliards d'euros pour 2025. Il fixe le montant Z de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2025 à 2,27 milliards d'euros.

I. LE DROIT EN VIGUEUR : CONÇU COMME UN MÉCANISME DE RÉGULATION SUBSIDIAIRE, LE DÉCLENCHEMENT DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE SE SYSTÉMATISE, EXPLIQUANT LES RÉCENTES RÉFORMES VISANT À SIMPLIFIER ET SÉCURISER SON APPEL

A. LA CLAUSE DE SAUVEGARDE DU MÉDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX : DES MÉCANISMES DE RÉGULATION SUBSIDIAIRES DEVENUS ESSENTIELS DANS LE PILOTAGE DE L'ONDAM

1. La clause de sauvegarde est un outil de régulation macroéconomique subsidiaire visant à réguler la dépense de médicament, qui a été transposé plus récemment au secteur des dispositifs médicaux

• La clause de sauvegarde du médicament est un levier fiscal de régulation et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, instauré par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 1999⁽¹⁾, qui repose sur le principe suivant : lorsque le total des dépenses annuelles de médicaments dépasse un seuil déterminé en LFSS, les entreprises du secteur sont collectivement redevables d'une contribution appelée « contribution M »⁽²⁾, versée à l'assurance maladie et destinée à compenser le dépassement du seuil de dépenses de médicaments autorisé par le

(1) Article 31 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

(2) Cette contribution était historiquement appelée « contribution L », lorsque son seuil de déclenchement dépendait d'un taux appelé le « taux L ».

législateur. Depuis la LFSS 2019 ⁽¹⁾, ce seuil est déterminé par référence à un montant exprimé en valeur, « le montant M », qui se substitue à un seuil exprimé en taux d'accroissement de la dépense, le « taux L », qui s'appliquait d'une part aux dépenses de ville et d'autre part à celles de l'hôpital. L'assiette de la clause a été progressivement élargie à l'ensemble des médicaments pris en charge, entièrement ou partiellement, par l'assurance maladie.

- La clause de sauvegarde des dispositifs médicaux a été créée par la LFSS 2020. Répondant au même objectif que la clause de sauvegarde du médicament, elle met à la charge des entreprises exploitantes de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) une contribution appelée « contribution Z », dès lors que le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile, minoré des remises conventionnelles, est supérieur à un seuil exprimé en valeur – « le montant Z » - déterminé chaque année en LFSS ⁽²⁾.

- Ces deux contributions ont donc la particularité de se déclencher sur la base d'une assiette collective, tandis que la contribution de chaque entreprise redevable dépend de la part que celle-ci représente dans l'assiette globale (concernant les médicaments comme les dispositifs médicaux), ainsi que de l'évolution de cette part au regard de l'exercice précédent s'agissant de la seule clause de sauvegarde du médicament. La clause de sauvegarde du médicament incite donc les industries à se saisir des outils de régulation infra-annuels existants en concluant des accords portant sur le prix des médicaments avec les autorités de régulation soit au moment de leur mise sur le marché, soit lors de leur inscription au remboursement. À défaut, elles risquent collectivement de dépasser le seuil de déclenchement, et d'être individuellement redevables d'une imposition considérée comme dissuasive, au regard de son rendement croissant et de l'imprévisibilité de sa répartition entre les entreprises redevables. Les nombreuses réformes intervenues depuis 2015 n'ont pas remis en cause ses principes essentiels, validés par le Conseil constitutionnel tant au regard des principes d'égalité devant les charges publiques que de liberté contractuelle ⁽³⁾.

2. Le déclenchement systématique de la clause de sauvegarde du médicament et son rendement exponentiel en font un outil essentiel de régulation de l'Ondam

La clause de sauvegarde du médicament était conçue à l'origine comme une corde de rappel budgétaire, dont l'éventuel déclenchement visait à garantir en dernier recours le respect de la trajectoire de dépenses, déterminée chaque année par l'Ondam. En effet, la régulation des dépenses de médicaments doit reposer prioritairement sur les outils de régulation infra-annuels, de nature principalement conventionnelle, entre le Comité économique des produits de santé (Ceps) et les

(1) Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale.

(3) Conseil constitutionnel, 19 décembre 2000, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

entreprises du secteur pharmaceutique, régies par un accord-cadre entre Les entreprises du médicament (Leem) et le Ceps.

• **Le déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament, qui repose sur l'évolution du chiffre d'affaires, tend à se systématiser depuis 2018, en cohérence avec la forte progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques**, dynamisé par la part croissante des médicaments innovants dans le portefeuille des entreprises. Ces produits sont commercialisés à un prix très onéreux et présentent une rentabilité bien supérieure aux médicaments les plus anciens, aussi appelés médicaments « matures ». Cette évolution de la structure du marché des médicaments induit une polarisation entre les médicaments anciens, d'usage courant, associés à une faible rentabilité et les médicaments innovants associés à une très forte rentabilité. Dès lors, le caractère collectif du déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament est régulièrement critiqué par les entreprises commercialisant des médicaments peu onéreux, comme les médicaments génériques. Lors de son audition, le Générique même médicament (Gemme)⁽¹⁾ a sensibilisé votre rapporteur à l'impact délétère du caractère collectif de l'appel de la contribution M sur le modèle économique de l'industrie du générique, qui se caractérise par une profitabilité très faible :

« Les médicaments génériques et biosimilaires ont permis d'importants gains d'efficience, le coût médian d'un comprimé est de 10 centimes d'euros, soit 170 euros par patient et par année, ce qui équivaut au prix journalier d'un traitement innovant. La clause de sauvegarde induit un transfert de charge des médicaments innovants vers les génériques. En 2021, notre industrie disposait d'un très léger bénéfice de 0,3 %, mais l'appel de la clause de sauvegarde a eu pour effet de clôturer les exercices 2021, 2022 et 2023 en déficit. » (Audition du Gemme, propos de M. Sébastien Trinquard, directeur général).

En dépit d'un relèvement significatif du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament depuis l'instauration du montant M, son rendement est croissant, en faisant un outil essentiel au respect de la trajectoire de l'Ondam.

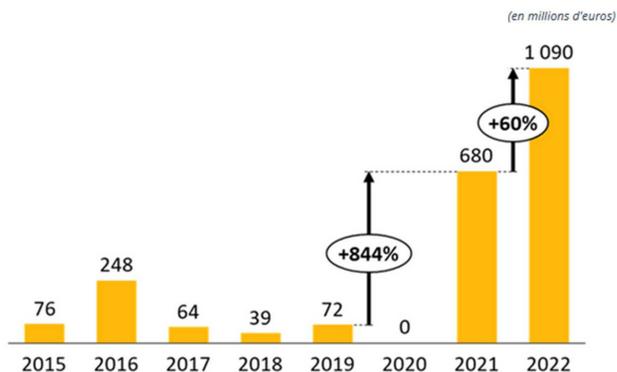
(1) Le Générique même médicament ou Gemme est l'association représentant les industries françaises produisant les médicaments génériques et biosimilaires.

LA CONTRIBUTION AU TITRE DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE DU MÉDICAMENT SE SYSTÉMATISE ET SON RENDEMENT EST CROISSANT

Année	Seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament (M)	Produit de la clause de sauvegarde
2015	Si croissance CAHT net des remises dépasse - 1 % entre 2014 et 2015	76 M€
2016	Si croissance CAHT net des remises dépasse - 1 % entre 2014/2015 et 2015/2016	248 M€
2017	Si croissance CAHT net des remises dépasse 0 % (ville) ou 2 % (hôpital) entre 2016 et 2017	64 M€
2018	Si croissance CAHT net des remises dépasse 0 % (ville) ou 3 % (hôpital) entre 2017 et 2018	39 M€
2019	Si croissance CAHT net des remises dépasse 1 % entre 2018 et 2019	72 M€
2020	Si croissance CAHT net des remises dépasse 0,5 % entre 2019 et 2020	<i>Non déclenchée</i>
2021	23,99 Md€ (soit 0,5 % de plus que le <i>seuil</i> 2020)	680 M€
2022	24,50 Md€ (soit 2,1 % de plus que le <i>seuil</i> 2021)	1 090 M€
2023	24,9 Md€ (soit 0,4 % de plus que le <i>seuil</i> 2022)	- ⁽¹⁾
2024	26,4 Mds€ (soit 7,2 % de plus que le <i>seuil</i> 2023) ⁽²⁾	-

Source : LFSS 2015 à 2024 et rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la pénurie de médicaments.

FORTE HAUSSE DU RENDEMENT DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE DU MÉDICAMENT



Source : commission d'enquête du Sénat sur la pénurie de médicaments.

• **Inversement, depuis sa création par la LFSS 2020, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux n'a jamais été déclenchée ; son rendement est donc nul à ce jour.** Pour 2023 comme les années précédentes, le Gouvernement n'anticipe aucun produit et le montant Z pour 2024 initialement fixé à 2,21 milliards d'euros en LFSS 2023, a été rehaussé à 2,31 milliards en LFSS 2024.

(1) Le Gouvernement s'est engagé à l'automne 2023 à plafonner le montant de la contribution M à 1,6 milliard d'euros pour 2024, le montant de la contribution M due au titre de l'année 2023 n'est toutefois pas encore connu.

(2) Le montant M initialement prévu par l'article 18 de la LFSS 2023, soit 24,6 milliards d'euros, a finalement été fixé à 24,9 milliards d'euros par l'article 28 de la LFSS 2024.

LA CLAUSE DE SAUVEGARDE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX N'A JAMAIS ÉTÉ DÉCLENCHÉE

Année	Seuil de déclenchement (Z)	Évolution
2020	Pour l'année 2020, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019.	-
2021	2,09 Md€	3 %
2022	2,15 Md€	2,9 %
2023	2,31 Md€ ⁽¹⁾	7,4 %

Source : LFSS 2020 à 2024.

B. JUGÉES TROP COMPLEXES ET INSUFFISAMMENT PRÉVISIBLES, LES RÈGLES DE CALCUL ET D'APPEL DE LA CONTRIBUTION M ONT ÉTÉ HARMONISÉES AVEC CELLES DE LA CONTRIBUTION Z EN LOI DE FINANCEMENT POUR 2024

1. Les modalités de calcul et d'appel de la contribution M sont bien plus complexes que celles de la contribution Z

a. La détermination de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament obéit à des règles plus complexes que la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

● Jusqu'en 2026, l'assiette prise en compte pour la détermination du déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament porte sur le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé au cours de l'année civile à laquelle se rapporte le seuil de déclenchement (le montant M), minoré des remises d'accès dérogatoire et des remises conventionnelles spécifiques à certains produits.

Le chiffre d'affaires retenu est celui se rapportant aux médicaments délivrés en officine, ceux délivrés par les pharmacies hospitalières au titre de leur activité de rétrocession ⁽²⁾ ou encore ceux délivrés au titre de la liste en sus, y compris dans le cadre d'un accès dérogatoire ⁽³⁾.

Le périmètre auquel se rapporte le chiffre d'affaires retenu dans l'assiette de calcul de la clause de sauvegarde a été progressivement élargi et comprend ⁽⁴⁾ :

- les médicaments remboursables dispensés en officines ⁽⁵⁾ ;

(1) Le montant Z initialement prévu par l'article 18 de la LFSS 2023, soit 2,21 milliards d'euros, a finalement été fixé à 2,31 milliards d'euros par l'article 28 de la LFSS 2024.

(2) La rétrocession se définit comme la dispensation, par la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, de médicaments à des malades non hospitalisés. Elle est limitée à certains médicaments.

(3) En France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin tel que défini à l'article L. 138-10.

(4) Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

(5) 1° de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, qui renvoie à l'article. L. 162-17 du même code.

– les médicaments pris en charge en sus des prestations d’hospitalisation – autrement appelés médicaments de la « liste en sus »⁽¹⁾ et les médicaments vendus au détail par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, inscrit sur la « liste rétrocession »⁽²⁾ ;

– les médicaments bénéficiant d’une autorisation temporaire d’utilisation (ATU), soit au titre de l’accès compassionnel⁽³⁾, soit à celui de l’accès précoce⁽⁴⁾ ;

– les préparations de thérapie génique et de thérapie cellulaire xénogénique bénéficiant d’une autorisation d’importation et prises en charge par l’assurance maladie⁽⁵⁾ ;

– les médicaments bénéficiant du dispositif de prise en charge d’accès direct prévu à l’article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022⁽⁶⁾ ;

– à compter du 1^{er} janvier 2024, les médicaments acquis par Santé publique France pour faire face aux menaces sanitaires graves⁽⁷⁾, ainsi que les médicaments en fin de prise en charge au titre de l’accès précoce et bénéficiant d’une prise en charge dérogatoire et temporaire⁽⁸⁾.

(1) 2° du même article L. 138-10, qui renvoie à l’article L. 162-22-7.

(2) 2° du même article L. 138-10, qui renvoie à l’article L. 162-23-6.

(3) 3° du même article L. 138-10, qui renvoie aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

(4) 3^{ebis} du même article L. 138-10, qui renvoie à l’article L. 162-16-5-1-2 du même code.

(5) 4° du même article L. 138-10, qui renvoie à l’article L. 5124-13 du code de la santé publique.

(6) 5° du même article L. 138-10.

(7) 6° du même article L. 138-10. Le IV de l’article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit que ce 6° s’applique au titre des clauses de sauvegarde dues à compter de l’exercice 2024 et des exercices suivants. L’article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a toutefois exclu du champ de la contribution due au titre de l’année 2024, les médicaments indiqués dans le traitement de la covid-19 acquis au cours de l’année civile 2024.

(8) Article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale, créé par l’article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Réforme du système dérogatoire d'accès et de prise en charge des médicaments

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a réformé la procédure d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et de recommandations temporaires d'utilisation (RTU) tout en garantissant la pérennisation des accès pour les patients. Cette réforme permet de simplifier les procédures, de garantir un accès et une prise en charge immédiats pour les patients tout en assurant la soutenabilité financière du dispositif.

À cette fin, deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge par l'assurance maladie sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2021 :

– l'« accès précoce », qui englobe les médicaments répondant à un besoin thérapeutique non couvert, potentiellement innovants et pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou une demande de remboursement de droit commun ;

– l'« accès compassionnel », qui vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont pas initialement destinés à obtenir une AMM mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert.

Ces médicaments sont pris en charge à hauteur de 100 % par l'assurance maladie, dès l'octroi de l'autorisation ou du cadre de prescription.

S'y ajoute, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, un mécanisme expérimental d'accès direct réservé aux spécialités pharmaceutiques ne faisant pas l'objet d'une autorisation d'accès précoce dans une indication particulière mais qui disposent d'une AMM pour cette même indication. Ces spécialités peuvent être prises en charge temporairement par l'assurance maladie.

Source : ministère de la santé.

● Les remises conventionnelles désignent des baisses de prix consenties par les exploitants au moment de la négociation du prix des médicaments, lorsque ces derniers sont admis au remboursement par les organismes d'assurance maladie. Il peut également s'agir de remises légales imposées, en contrepartie de la liberté des prix accordée pendant une période d'accès dérogatoire, que le médicament visé soit ensuite admis ou non au remboursement.

L'encadrement juridique du versement des remises

Le code de la sécurité sociale prévoit, pour les entreprises, la possibilité ou l'obligation de verser des remises à différents articles :

- les articles L. 162-17-5 et L. 162-22-7-1 prévoient que le Ceps peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant le droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, le montant des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité des produits et prestations concernés ; il est toutefois prévu que les entreprises qui exploitent ces produits et prestations puissent solliciter auprès du Ceps un versement sous forme de remise à l'assurance maladie d'un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la baisse tarifaire, notamment si elle veut toujours afficher un « prix facial » élevé ;
- l'article L. 162-18 prévoit que les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables peuvent s'engager, individuellement ou collectivement, par une convention nationale, à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France ;
- l'article L. 162-18-1 prévoit l'existence de remises dues par les entreprises qui exploitent une spécialité inscrite sur la liste en sus au titre d'une indication mais dispensées en association de traitement pour une indication différente et prise en charge à ce titre par l'assurance maladie. Les remises sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé et aux hôpitaux des armées au titre des indications en association ;
- l'article L. 162-18-2 prévoit l'application de remises spécifiques dans le cas où une spécialité est inscrite sur la liste des médicaments remboursables ou une liste en sus pour un périmètre d'indications thérapeutiques plus restreint que celui dans lequel elle présente un service médical rendu suffisant ;
- les articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, dans leur rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, concernent les laboratoires titulaires des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'autorisation d'accès précoce ; il prévoit que pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année des remises calculées sur la base d'un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées ;
- l'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit, à titre expérimental, le versement de remises pour les entreprises qui exploitent des médicaments bénéficiant d'un « accès direct ». Cette remise s'effectue selon le même modèle que celles prévues au titre de l'accès précoce (barème progressif par tranche de chiffre d'affaires).

Le Ceps peut également accorder aux entreprises des « avoirs sur remises », en déduction des remises dues à l'assurance maladie en application de clauses conventionnelles ou des contributions dues en cas de dépassement du taux M pour les médicaments. Ces avoirs sur remises sont calculés sur la base du prix et du nombre d'unités vendues : ils peuvent notamment être accordés dans le cadre de baisses conventionnelles de prix (sauf lorsque celles-ci se font en application de clauses conventionnelles ou qu'elles concernent les médicaments génériques). Les avoirs sur remises n'ayant pas été utilisés une année donnée, peuvent être reportés sur les années suivantes, assortis d'une limite de durée d'utilisation de cinq ans.

- Un barème progressif est ensuite appliqué de la manière suivante au chiffre d'affaires hors taxes net des remises : la part inférieure à 1,005 fois le montant M est soumise à un taux de prélèvement de 50 % ; la part comprise entre 1,005 et 1,01 fois à un taux de 60 % ; la part supérieure à 1,01 fois le montant M, enfin, est soumise à un taux de 70 % ⁽¹⁾.

- Depuis l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la contribution due collectivement par les entreprises du secteur est répartie à concurrence de 70 % de son montant entre les entreprises redevables au prorata de leur chiffre d'affaires respectif, et à concurrence de 30 % selon la progression du chiffre d'affaires de chacune par rapport à l'année précédente ⁽²⁾. Jusq'en 2026, le montant de la contribution due par chaque entreprise est plafonné à 10 % du chiffre d'affaires de chaque entreprise retenu pour le calcul de l'assiette, pour garantir que le montant appelé ne dépasse pas la capacité contributive de chaque entreprise ⁽³⁾. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

- Par ailleurs, un mécanisme d'abattement est également prévu pour inciter les entreprises à recourir aux outils de régulation conventionnels par des conventions de remises de prix ou des baisses de prix net. Les entreprises qui ont conclu avec le Ceps une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due, portant sur 90 % au moins du chiffre d'affaires retenu pour le

(1) Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la contribution due par chaque entreprise redevable était répartie à hauteur de 50 % au prorata de son chiffre d'affaires et à hauteur de 50 % en fonction de la progression de celui-ci par rapport à l'exercice antérieur.

(3) L'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, codifié à l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale a instauré ce plafonnement du montant de la contribution M due par chaque entreprise redevable à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'ensemble des médicaments définis par l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, non codifié, a prévu qu'à titre dérogatoire et exceptionnel, le montant de la contribution M due au titre de l'année 2024 sera plafonné à 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments pris en compte dans le calcul de l'assiette. Ce plafond dérogatoire prévu pour l'année 2024 est donc inférieur à celui de droit commun prévu par l'article L. 138-12, qui s'appliquera à nouveau pour la contribution M due au titre de 2025.

calcul de l'assiette, peuvent signer un accord avec le Ceps prévoyant le versement de tout ou partie de leur contribution sous forme de remises de prix.

Lorsque ce versement représente au moins 95 % du montant de la contribution due, l'entreprise est exonérée de cette dernière, ce qui représente un abattement pouvant atteindre 5 % du montant de la contribution.

Si l'entreprise redevable de la contribution a, par convention avec le Ceps, consenti une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, ce taux peut être abaissé entre 80 % et 95 % ⁽¹⁾, générant ainsi un abattement pouvant atteindre jusqu'à 20 % du montant de la contribution due par l'entreprise. Le montant de l'abattement consenti dépend de l'ampleur des économies générées pour les dépenses d'assurance maladie grâce à ces baisses de prix. Ainsi, le versement de la contribution sous forme de convention de baisses de prix est libératoire lorsqu'il atteint :

– 90 % de la contribution due par l'entreprise si les économies générées sont inférieures ou égales à 0,70 % du chiffre d'affaires, soit un abattement de 10 % ;

– 85 % de la contribution due par l'entreprise si les économies générées sont comprises entre 0,70 % et 3 % du chiffre d'affaires, soit un abattement de 15 % ;

– 80 % de la contribution due par l'entreprise si les économies générées sont supérieures à 3 % du chiffre d'affaires, soit un abattement de 20 % ⁽²⁾.

● À l'inverse, les modalités de détermination de la contribution Z au titre de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux sont régies par des règles plus simples ⁽³⁾. La clause de sauvegarde des dispositifs médicaux obéit à la même logique que la clause de sauvegarde du médicament mais elle s'en distingue par plusieurs aspects :

– l'assiette porte sur le montant remboursé par l'assurance maladie et non sur le chiffre d'affaires déclaré au titre des médicaments remboursables ;

– le périmètre est plus restreint car il ne porte que sur les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ainsi que, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, sur les produits et prestations bénéficiant d'une prise en charge transitoire du fait de leur caractère innovant et dans l'attente de leur inscription sur la LPPR ⁽⁴⁾. Les dispositifs médicaux dispensés par un distributeur détaillant (pharmacien d'officine ou prestataire de santé) et ceux pris en charge en établissement de santé dans le cadre d'une hospitalisation en sont donc exclus ;

(1) Article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

(2) Arrêté du 31 janvier 2022 fixant le barème prévu à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

(3) Articles L. 138-19-8 et suivants du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 138-19-8 modifié par l'article 26 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

– la répartition de la contribution entre les entreprises redevables s’effectue au prorata du montant remboursé en année N, sans que le taux d’évolution des montants remboursés au regard des années précédentes soit pris en compte.

Le montant de la contribution Z, due au titre des dispositifs médicaux, est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l’assurance maladie, réduit des remises, et le montant Z, depuis l’entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽¹⁾. La contribution due par chaque exploitant est déterminée **au prorata du montant remboursé par l’assurance maladie** au titre des produits et prestations qu’il exploite. Elle ne peut excéder 10 % de ce montant remboursé ⁽²⁾.

b. La complexité du régime applicable à la clause de sauvegarde du médicament fragilise la procédure de recouvrement de la contribution M

• Dans la mesure où l’assiette repose sur le chiffre d’affaires des entreprises pharmaceutiques, sa détermination suppose nécessairement la mise en place d’un processus déclaratif particulièrement complexe, dont les modalités sont prévues à l’article L. 138-15 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises sont ainsi tenues, jusqu’en 2026, de déclarer aux Urssaf dont elles relèvent le montant du chiffre d’affaires réalisé au cours de l’année au titre de laquelle la contribution est due – année N – avant le 1^{er} avril de l’année suivante – année N+1.

Les Urssaf transmettent ensuite les chiffres d’affaires déclarés au Ceps, qui s’assure de l’exactitude des données. Le Ceps communique aux Urssaf, avant le 15 juillet de l’année N+1, les éventuelles différences qu’il a constatées dans les déclarations de chiffre d’affaires ainsi que le montant des remises venant en déduction de l’assiette.

En cas d’écart, les entreprises disposent d’un délai de quinze jours pour rectifier la déclaration qu’elles ont transmis.

La notification des montants dus par chaque entreprise est effectuée par les Urssaf le 1^{er} octobre de l’année N+1. Les entreprises disposent alors d’un mois pour procéder au versement de la contribution qui doit intervenir au plus tard le 1^{er} novembre.

(1) *Le plafonnement de l’assiette à hauteur de 90 % de la différence entre le montant remboursé par l’assurance maladie et le seuil de déclenchement de la contribution Z a été introduit par l’article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, modifiant l’article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale.*

(2) *Article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale.*

CALENDRIER DE DÉTERMINATION DU MONTANT M JUSQU'AU VERSEMENT DE LA CONTRIBUTION M

Année n-1				Année n				Année n+1					
T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	Exercice n-1					
Démarrage du décompte de CA n-1	Rien à signaler (RAS)	RAS	RAS	Consolidation des comptes n-1 au niveau des entreprises	Déclaration à l'ACOSS des montants de CA et de remises n-1	Calcul de la CS n-1 individuelle et du taux d'abattement	RAS						
RAS	RAS	Estimation de CA n-1 des remises et de la CS n-1 afin de construire le M n	Vote PLFSS de l'année n	Démarrage du décompte de CA n	RAS	RAS	RAS	Consolidation des comptes n au niveau des entreprises	Déclaration à l'ACOSS des montants de CA et de remises n	Calcul de la CS n individuelle et du taux d'abattement	RAS		
Exercice n				RAS	RAS	Estimation du CA n des remises et de la CS n afin de construire le M n+1	Vote PLFSS année n+1	Démarrage du décompte de CA n-1	RAS	RAS	RAS	Exercice n+1	

Source : rapport à la Première ministre de la mission sur la régulation des produits de santé.

● Or, dans la mesure où le déclenchement de la clause de sauvegarde repose sur l'assiette agrégée des chiffres d'affaires des entreprises pharmaceutiques, la moindre erreur ou le moindre retard dans la déclaration individuelle d'une entreprise met en péril le respect du calendrier de l'ensemble du dispositif. Il en découle plusieurs écueils :

– les Urssaf soulèvent régulièrement des difficultés dans le processus de recouvrement, lesquelles se traduisent par des aménagements de calendrier et des régularisations tardives. La date limite de déclaration, fixée légalement au 1^{er} avril, a été repoussée à plusieurs reprises, ce qui conduit à décaler d'autant la date limite de paiement, laquelle n'a pu intervenir qu'au premier trimestre 2023 s'agissant de la contribution M due au titre de l'exercice 2021 ⁽¹⁾ ;

– un manque de prévisibilité pour les entreprises redevables, susceptibles de créer des aléas de gestion d'autant plus important que le montant de la contribution a fortement progressé ces dernières années.

● En conséquence, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a instauré un mécanisme de sanction à l'encontre des entreprises qui ne respecteraient pas les dates limites de déclaration et de rectification sous la forme d'une majoration forfaitaire pour déclaration tardive.

Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard. Elle est néanmoins plafonnée à 100 000 euros ⁽²⁾.

(1) Fiche d'évaluation préalable de l'article 11, annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Article L. 138-15 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

- Indépendamment des difficultés liées au processus déclaratif, force est de constater que la détermination de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament répond à des règles d'une complexité redoutable. Cette complexité est par ailleurs exacerbée par la multiplication des réformes relatives à cette clause, laquelle fait l'objet de modifications quasi annuelles au détriment de la stabilité juridique et de la prévisibilité de ses conséquences pour les acteurs économiques.

Une importante réforme du dispositif a été permise par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, afin de simplifier et sécuriser le calcul et le versement de la contribution M, à partir de l'exercice 2026.

2. Les modalités de calcul et d'appel des contributions M et Z ont été harmonisées en loi de financement pour 2024, pour simplifier et sécuriser leur recouvrement

Actuellement, le seuil de déclenchement des contributions M et Z ne repose pas sur le même indicateur puisque le chiffre d'affaires net des remises est pris en compte pour le déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament, alors que seul le montant net remboursé par l'assurance maladie est pris en compte pour le déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a harmonisé les règles de calcul de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament avec celle relative aux dispositifs médicaux, en veillant à ne pas affecter le rendement attendu de la contribution M ⁽¹⁾. La contribution M sera exprimée en montants remboursés par l'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2026 ⁽²⁾. Cette réforme permettra de simplifier le calcul et l'appel de la contribution M, qui ne reposera plus sur la procédure de déclaration de leur chiffre d'affaires par les entreprises. Cette procédure est unanimement décrite comme lourde et à l'origine de retards de déclaration et d'appel de la contribution. Contrairement au chiffre d'affaires, l'information relative aux montants remboursés par l'assurance maladie est disponible directement auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih), ce qui permet de s'affranchir de la procédure de déclaration pour le calcul de la contribution M et de sécuriser ainsi son calendrier d'appel et de versement.

- Le passage de l'assiette de calcul de la contribution d'un montant exprimé en chiffre d'affaires à un montant exprimé en dépenses remboursées induit une diminution de l'assiette de la contribution. En effet, les dépenses remboursées sont un sous-ensemble du chiffre d'affaires des entreprises. Le barème applicable à la contribution M a donc été rehaussé afin de préserver le rendement de la contribution.

(1) La fiche d'évaluation préalable de l'article 11, figurant à l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 précise : « L'impact de cette mesure se fera à rendement constant de la clause de sauvegarde. Cependant, les facilités et la sécurisation du recouvrement permis par cette mesure se traduiront en une meilleure prévisibilité des montants appelés ainsi qu'en une économie de temps pour les administrations et les entreprises, menant donc à des gains indirects. »

(2) Article L. 138-12, modifié par l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

À compter du 1^{er} janvier 2026, le barème progressif – variant actuellement de 50 % à 70 %, selon l’ampleur du dépassement du montant M – sera remplacé par un taux forfaitaire de 90 %. Le montant de la contribution M sera donc égal à 90 % de la différence entre le montant des remboursements nets effectués par l’assurance maladie au titre des produits concernés et le montant M⁽¹⁾. La répartition de la contribution entre les entreprises redevables sera toujours répartie pour 70 % au prorata de leur part dans la dépense constatée, et pour 30 % en fonction de la progression de leur montant remboursé par rapport à l’année précédente⁽²⁾.

S’agissant de la contribution Z, en cas de dépassement du montant Z, le montant global dû correspondait jusqu’en 2023 à l’intégralité du dépassement dès le premier euro. La LFSS 2024 réduit ce taux à 90 % à compter de la contribution due au titre de l’année 2024⁽³⁾.

- Par ailleurs, à compter de l’entrée en vigueur de la réforme de la contribution M, le plafonnement de la contribution due par chaque entreprise s’élèvera à 12 % du montant remboursé attribuable à chaque entreprise pharmaceutique, en remplacement du taux actuel de 10 % du chiffre d’affaires retenu pour le calcul de l’assiette⁽⁴⁾.

- De plus, la contribution M due par chaque entreprise redevable au titre de l’exercice 2024 pour les produits génériques et des spécialités de référence sera plafonnée à 2 % du chiffre d’affaires réalisé⁽⁵⁾. Cette mesure est motivée par la nécessité de tenir compte du faible niveau de rentabilité des produits génériques, et spécialités de référence, dont le modèle économique est affaibli par la nature collective de la clause de sauvegarde du médicament. Ce plafonnement spécifique vise expressément la contribution due au titre de l’exercice 2024.

- Le calendrier de versement de la contribution Z a été harmonisé avec celui de la contribution M à compter du 1^{er} janvier 2024, le versement de la contribution Z est donc reporté du 1^{er} juillet de l’année N+1 au 1^{er} novembre de l’année N+1⁽⁶⁾.

Du fait de l’harmonisation des assiettes des contributions M et Z à compter du 1^{er} janvier 2026, le processus déclaratif se déroulera selon les étapes suivantes,

(1) Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, modifié par l’article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Ibid.

(3) Article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale, modifié par l’article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(4) Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, modifié par l’article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(5) Spécialités génériques définies au 5^o de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique et spécialités de référence auxquelles s’applique un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique.

(6) Article L. 138-19-12 du code de la sécurité sociale, modifié par l’article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

avec une centralisation des informations au niveau de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) ⁽¹⁾ :

– la Cnam, l'Atih et l'Agence nationale de santé publique communiqueront à l'Acos avant le 15 juillet de l'année N+1 le montant total remboursé par l'assurance maladie afférent aux médicaments que chaque entreprise aura distribué au cours de l'année civile précédente ;

– le Ceps communiquera à l'Acos le montant des remises dues par chaque entreprise au titre de l'année civile précédente, avant le 15 juillet de l'année N+1 ;

– l'Acos communiquera sans délai aux entreprises redevables 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.

II. LE DROIT PROPOSÉ : L'ARTICLE 9 PRÉCISE LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME INTRODITE EN LOI DE FINANCEMENT POUR 2024

A. L'ARTICLE 9 PRÉCISE LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE L'ASSIETTE ET DU CALENDRIER D'APPEL DE LA CONTRIBUTION M ET ADAPTE L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION Z

1. L'article 9 précise le régime des inclusions et exonérations d'assiette et de versement de la contribution M ainsi que la répartition de certaines dépenses entre les entreprises à compter de 2026

Le I de l'article 9 propose de préciser les dépenses incluses ou exonérées de l'assiette de calcul de la contribution M à compter de l'exercice 2025 pour le premier appel de la clause de sauvegarde exprimée en montants remboursés à compter de l'entrée en vigueur de la réforme en 2026.

a. Déduction de l'écart médicament indemnisable et de l'écart rétrocession indemnisable de l'assiette de calcul de la contribution M

Le **a** du **1°** du **I** complète la liste des dépenses qui seront déductibles de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament calculée en montants remboursés à partir de 2026, en modifiant le I de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Le **1°** propose ainsi de déduire les montants correspondant à *l'écart médicament indemnisable* et à *l'écart rétrocession indemnisable* de l'assiette de calcul de la contribution due à compter de l'entrée en vigueur de la réforme en 2026, portant sur l'exercice 2025.

(1) Article L. 138-15 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

L'écart médicament indemnisable, défini au III de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, et l'écart rétrocession indemnisable, défini au III de l'article L. 162-16-5, sont deux mécanismes d'indemnisation des établissements de santé en cas de d'écart entre le prix d'achat de la spécialité par l'établissement et le tarif négocié nationalement par le Ceps. Lorsque le prix d'achat de la spécialité négocié par l'établissement est inférieur au tarif national, les établissements bénéficient d'une indemnisation équivalente à la moitié de la différence de prix entre le tarif national et le prix d'achat. L'écart médicament indemnisable et l'écart rétrocession indemnisable permettent de limiter le sur-remboursement aux établissements par l'assurance maladie, tout en incitant financièrement les établissements à négocier leurs approvisionnements. La possibilité pour les entreprises de déduire ces montants de l'assiette de la clause incite les entreprises à proposer des tarifs attractifs aux établissements et est ainsi conforme à l'objectif de maîtrise de la dépense d'assurance maladie.

b. Précisions relatives aux médicaments inclus dans le calcul de l'assiette de la contribution M

Le **b** du 1° du I complète les dispositions du II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale relatif aux médicaments inclus dans le calcul de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament. L'assiette de la contribution n'étant plus exprimée en chiffre d'affaires mais en dépenses remboursées à compter de l'entrée en vigueur, le **b** précise que sont incluses dans l'assiette de calcul de la contribution M : les dépenses de l'assurance maladie au titre des indications inscrites sur la liste en sus des établissements de médecine chirurgie obstétrique (MCO) et de services médicaux de réadaptation (SMR) ainsi que les dépenses de spécialités prises en charge hors de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) et celles prises en charge au titre du dispositif dit « AMM miroir » de spécialités utilisées en association. À cette fin il est proposé :

– au 1° du II de l'article L. 138-10, de remplacer la référence aux médicaments « inscrits » sur les listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ⁽¹⁾, par la référence aux médicaments « pris en charge ou remboursés au titre de leur inscription » sur lesdites listes ;

– au 2° du II du même article, de préciser que sont inclus les médicaments ou certaines de leurs indications seulement figurent sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ⁽²⁾ ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ⁽³⁾ ;

(1) L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale concerne les spécialités prises en charge au titre des spécialités inscrites sur la liste ville.

(2) L'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale concerne les spécialités inscrites sur la liste en sus de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

(3) L'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale concerne les spécialité prises en charge au titre de la liste en sus de soins de suite et de réadaptation (SSR).

– de créer un 2° *bis*, complétant la liste des médicaments inclus dans le calcul de la clause, par les médicaments ou certaines de leurs indications seulement qui ont pris en charge par l'assurance maladie au titre de l'article L. 162-18-1 ⁽¹⁾ ;

– de créer un 2° *ter*, complétant la liste des médicaments inclus dans le calcul de la clause, par les médicaments prescrits en application de l'article L. 5121-12-1-2 ⁽²⁾ du code de la santé publique et pris en charge par l'assurance maladie.

c. Exonération en cas de contribution négative

Le 2° du I précise les conditions d'exonération du versement de la contribution M, pour les entreprises dont la contribution serait négative. Selon la fiche d'évaluation préalable de l'article, ce cas de figure recouvre des « *situations rares mais théoriquement possibles* » ⁽³⁾ notamment s'agissant d'une spécialité faisant l'objet d'importantes remises conventionnelles et présentant un faible taux de prise en charge par l'assurance maladie. Cette disposition précise le régime applicable aux entreprises en pareille situation, et interdit implicitement le report d'une contribution M négative d'un exercice à l'autre.

Ainsi, le 1° du *a* du 2° du I propose de substituer au III de l'article L. 138-12, dans sa rédaction issue de l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, un nouveau III qui :

– supprime l'alinéa précisant que le montant de la contribution est minoré des remises versées au titre de l'article L. 138-13 ;

– précise que dans le cas où le montant remboursé retenu pour le calcul de l'assiette de la contribution M est inférieur au montant des remises déductibles de l'assiette, alors le montant de la contribution due par l'entreprise est nul.

d. Précisions relatives au régime applicable en cas de fusion ou scission d'entreprise en cours d'année

● Le 2° du *a* du 2° du I, relatif aux entreprises créées depuis moins d'un an et à l'exception de celles dont la création résulte de la fusion ou de la scission d'une entreprise ou d'un groupe, reprend les dispositions figurant au III de l'article L. 138-12 qui prévoient l'exonération de la part de la contribution M calculée au prorata de la progression du chiffre d'affaires par rapport à l'exercice

(1) L'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale, relatif au dispositif dit « AMM miroir » précise les conditions d'autorisation d'utilisation et de prise en charge de spécialités susceptible d'être utilisées en association, concomitamment ou séquentiellement, avec d'autres spécialités pharmaceutique mais qui ne disposent ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une autorisation d'accès précoce, ni d'une autorisation au titre de l'accès compassionnel ou d'un cadre de prescription compassionnelles pour l'indication ou les indications en associations envisagées.

(2) L'article L. 5121-12-1-2 du code de la santé publique précise les conditions nécessaires à la prescription d'un médicament en dehors des indications couvertes par son autorisation de mise sur le marché ; on parle alors de prise en charge « hors AMM ».

(3) Fiche d'évaluation préalable de l'article 9, annexe 9 au PLFSS 2025, p. 63.

précédent. La mesure figurait déjà au III de l'article dans sa version issue de la LFSS 2024 ; elle est simplement complétée par la référence à l'article L. 138-14, qui dispose qu'en cas de fusion ou de scission d'entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution s'effectue à périmètre constant, par opposition au périmètre courant.

e. Précisions relatives à l'imputation des dépenses remboursées entre deux entreprises en cas de changement d'exploitant en cours d'année

• Le **b** du 2° du **I** complète les dispositions de l'article L. 138-12 par un nouveau IV précisant la date de référence prise en compte pour la répartition entre deux entreprises des dépenses remboursées relatives à un médicament inclus dans le périmètre de la clause de sauvegarde, en cas de changement d'exploitant en cours d'année. Le nouvel alinéa IV propose de retenir la date d'entrée en vigueur de l'arrêté déterminant le changement d'exploitant publié au *Journal officiel* comme date de référence pour le calcul des montants remboursés par l'assurance maladie imputés à chaque entreprise, au titre de la spécialité concernée.

f. Plafonnement du montant de la contribution due par chaque entreprise

• Le **b** du 2° du **I** complète les dispositions de l'article L. 138-12 par un nouveau V, reprenant les dispositions qui figuraient au dernier alinéa du III de l'article, dans sa version issue de l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Cet alinéa prévoit de plafonner le montant de la contribution due par chaque entreprise à 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que celle-ci exploite, importe, ou distribue, pour garantir que le montant de la contribution due par chaque entreprise n'excède pas ses capacités contributives.

2. L'article 9 adapte la procédure d'appel de la clause de sauvegarde aux modifications induites par la réforme de 2024

• **Le Ceps notifie aux entreprises le montant de la remise exonératoire dont elles sont redevables.**

Le 3° du **I** complète les dispositions de l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale, relatif au versement de remises exonératoires, par un nouvel alinéa précisant que le Ceps notifie à chaque entreprise le montant de la remise exonératoire dont elle est redevable dans le délai prévu par le II de l'article L. 138- 15, qui dispose que cette notification est adressée « au plus tard le 1^{er} octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due ».

• **Le calendrier d'appel de la contribution M est légèrement modifié.**

Le **a** du 4° du **I** complète les dispositions du premier alinéa de l'article L. 138- 15, relatif au calendrier d'appel de la contribution M :

– la date avant laquelle la Cnam et l’Atih sont réputées avoir transmis à l’Acoss les informations relatives au montant des dépenses remboursées est avancée du 15 juillet au 15 juin de l’année N+1. La transmission des informations relatives au montant des dépenses remboursées en N-1 aux entreprises pharmaceutiques au titre des médicaments exploités constitue la première étape de la procédure de calcul de la contribution sous l’empire de la réforme. Dès lors, anticiper cette étape d’un mois n’impose aucune contrainte supplémentaire aux entreprises et vise à assurer une plus grande fiabilité du calendrier de versement de la contribution à l’automne ;

– est instaurée une présomption d’acceptation par les entreprises de la liste des médicaments pris en compte dans le calcul de l’assiette, transmise « sans délai » par l’Acoss, dès lors que celles-ci n’ont pas fait de demande de rectification « dans un délai de vingt jours » ;

– la date avant laquelle le Ceps doit communiquer à l’Acoss le montant des remises versées par chaque entreprise est repoussée du 15 juillet au 31 juillet.

Le **b** du **4°** du **I** propose une réécriture du IV de l’article L. 138-15, relatif à la majoration forfaitaire sanctionnant les entreprises en cas de retard de déclaration, qui est rendu obsolète par la réforme de l’assiette de la clause de sauvegarde et la suppression de la procédure de déclaration du chiffre d’affaires par les entreprises. Il est proposé de substituer aux trois alinéas du IV relatifs à la majoration forfaitaire pour retard de déclaration un alinéa précisant qu’en cas de retard de transmission par la Cnam et l’Atih à l’Acoss des données relatives aux dépenses remboursées prévue au plus tard le 15 juin, la notification par les Urssaf du montant dû par chaque entreprise – prévue au plus tard le 1^{er} octobre au II – est retardée à due concurrence, et la date de versement de la contribution – prévue au plus tard le 1^{er} novembre au III – est reportée un mois après cette notification.

3. L’article 9 exclut la taxe sur la valeur ajoutée de l’assiette de calcul de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

Le **6°** du **I** de l’article complète les dispositions de l’article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale en vigueur relatif à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, pour exclure la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de l’assiette de calcul de la clause.

Le **7°** du **I** de l’article propose la même précision au premier alinéa de l’article L. 138-19-9 en vigueur, relatif à l’assiette de la contribution Z, appelée en cas de dépassement du seuil de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux.

Cette précision répond à une demande exprimée par les industriels du secteur, au motif que le taux de TVA est très variable selon les modalités d’inscription des dispositifs médicaux (entre 5,5 % et 20 %), ce qui fragilise la capacité des entreprises à provisionner de manière fiable le montant de la contribution Z en cas de déclenchement de la clause. Cette clarification est d’autant plus nécessaire que la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, qui n’a jamais été déclenchée depuis sa création, pourrait l’être pour la première fois en 2025.

4. L'article propose plusieurs adaptations légistiques

- Le **a** du 4° du **I** complète les dispositions du premier alinéa de l'article L. 138-15 relatif au calendrier d'appel de la contribution M et procède à plusieurs modifications d'ordre formel, visant à améliorer la qualité rédactionnelle des dispositions de l'article :

- au premier et au troisième alinéa de l'article L. 138-15, dans sa rédaction issue de l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, les mots « entreprise redevable » sont remplacés par le mot « assujetti », sans que cette modification emporte de conséquence juridique ;

- les dispositions figurant au deuxième et troisième alinéas de l'article, dans sa rédaction issue de l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, sont interverties. Le deuxième alinéa est relatif à la communication par le Ceps à l'Acoss du montant des remises versées par chaque entreprise redevable et le troisième alinéa est relatif à la communication par l'Acoss aux entreprises pharmaceutiques de la liste des médicaments pris en compte dans le calcul de l'assiette. L'actuelle présentation conduit à présenter au deuxième alinéa une étape de la procédure postérieure à celle présentée dans le troisième alinéa, ce qui justifie la proposition de nouvel ordonnancement ;

- Le 5° du **I** abroge la section 3, contenant les articles L. 138-19-1 à L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale. Cette abrogation porte sur des dispositions obsolètes relatives à la clause W⁽¹⁾ qui avait été conçue comme un mécanisme de régulation des dépenses liées à l'arrivée sur le marché de traitement innovant et très onéreux contre le virus de l'hépatite C. Ces dispositions ne sont plus appliquées depuis 2018, l'arrivée sur le marché des médicaments de produits très innovants et plus onéreux ayant rendu obsolète ce levier de régulation.

B. L'ARTICLE FIXE LES MONTANTS M ET Z POUR 2025 ET PRÉVOIT CERTAINES DISPOSITIONS TRANSITOIRES VISANT À SÉCURISER LE PREMIER APPEL DE LA CONTRIBUTION M RÉFORMÉE EN 2026

1. La fixation du montant M pour 2025 et les mesures transitoires pour 2025

- Comme chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, l'article relatif à la clause de sauvegarde fixe le montant M pour l'année à venir. **Le III établit ainsi le montant M pour 2025 à 23,3 milliards d'euros⁽²⁾**, soit une diminution par rapport au montant M pour 2024, en cohérence avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette qui sera exprimée en montants remboursés à partir l'exercice 2025, pour la contribution appelée en 2026.

(1) La clause W désignait les contributions et remises versées aux termes des articles L. 138-19-1 à L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de la régulation des dépenses de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C et qui étaient exonérées de l'assiette de calcul jusqu'en 2018.

(2) Selon la fiche d'analyse préalable de l'article, figurant à l'annexe 9 du PLFSS, le montant M pour 2025 aurait été porté à 27,89 milliards d'euros s'il avait été exprimé en chiffre d'affaires.

Selon la fiche d'évaluation préalable de l'article en annexe 9 du PLFSS, le **montant M pour l'année 2025, permettra de stabiliser le rendement de la clause de sauvegarde par rapport aux déclenchements attendus pour les années 2023 et 2024**, conformément aux recommandations de la mission dite « Borne » sur la « régulation des produits de santé ».

- Pour la contribution M due en 2026 au titre de l'année 2025 certaines dépenses sont exclues à titre transitoire pour l'année 2025 par le **IV** de l'article 9, afin d'éviter un effet inflationniste résultant du seul changement de méthode de calcul de l'assiette, pour le premier appel de la contribution sous l'empire de la réforme de l'assiette.

- Les dépenses liées aux spécialités acquises par Santé publique France étant incluses dans l'assiette de calcul de la clause pour la première fois en 2026 au titre de l'exercice 2025, la part de la contribution M liée à l'accroissement annuel des dépenses remboursées au titre de ces spécialités serait nécessairement maximale la première année d'appel. Le **1°** du **IV** propose donc pour l'exercice 2025 de calculer la part de la contribution liée à la croissance annuelle du montant des dépenses remboursées ⁽¹⁾ relatives aux spécialités acquises par Santé publique France en comparant le montant de ces dépenses en 2025 par rapport à leur montant en 2024.

- Le **2°** du **IV** propose, s'agissant du calcul de la part de la contribution M liée à la croissance annuelle des dépenses remboursées relatives aux spécialités dispensées en rétrocession au titre des accès compassionnels, de retenir par défaut le montant remboursé de l'année 2025 pour l'exercice 2024, lorsque les montants remboursés au titre de 2024 ne sont pas connus. Cette mesure revient en pratique à neutraliser la part de la contribution M liée à la croissance annuelle des dépenses remboursées au titre de ces spécialités entre 2024 et 2025 : si les valeurs sont identiques, l'accroissement sera nul.

- Le **3°** du **IV** propose en outre d'exclure de l'assiette de la contribution due au titre de l'année 2025, les spécialités importées dans le cadre de ruptures ou de tensions d'approvisionnement au titre de la rétrocession en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique. Cette mesure est une disposition temporaire dans l'attente de la création de codes de suivi individuels par l'assurance maladie, permettant de répartir entre les entreprises les dépenses remboursées afférentes à ces spécialités.

2. La fixation du montant Z pour 2024

- Le **II** fixe le montant Z pour 2025 à 2,27 milliards d'euros, en diminution par rapport au montant fixé en 2023, en cohérence avec la réduction de l'assiette de la contribution qui sera induite par l'exonération de la TVA de l'assiette de calcul, prévue au **6°** et au **7°** du **I** de l'article.

*

* *

(1) Mentionnées au **6°** du **II** de l'article L. 138-10.

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

Article 10

Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale

Cet article constitue une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale, proposant au Parlement d'approuver le montant des compensations par l'État des exonérations, réductions et abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Cette compensation s'élève pour 2025 à 6,45 milliards d'euros, contre 7,1 milliards d'euros l'année précédente.

Ce montant tient compte des économies anticipées liées à la suppression ou au recentrage prévu à l'article 7 de plusieurs exonérations ciblées dont le coût donne lieu à une compensation à la sécurité sociale au moyen de crédits budgétaires.

I. LE DROIT EN VIGUEUR : LES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS ET EXEMPTIONS D'ASSIETTE FONT L'OBJET D'UNE COMPENSATION

Conformément aux dispositions organiques du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, l'approbation du montant de la compensation mentionnée à l'annexe dédiée aux exonérations de cotisations sociales recensant l'intégralité des niches sociales et évaluant leurs coûts est obligatoire ⁽²⁾. Elle fait l'objet d'un article de la partie de la loi de financement comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir. Le présent article pourvoit à cette obligation pour l'exercice 2025.

Le champ d'application de l'annexe 4 – ancienne annexe 5 – englobe ce qui est désormais communément appelé les « niches sociales » :

– les exemptions d'assiette, qu'elles soient totales ou partielles. Ces exemptions permettent de déduire certains éléments de l'assiette des rémunérations prises en compte dans le calcul du montant des cotisations ;

– les exonérations de cotisations sociales. Elles prennent principalement la forme de réduction des taux de cotisations sociales, mais peuvent aussi aboutir à l'absence de paiement d'une partie des cotisations de sécurité sociale ;

– les exonérations de toute autre recette contribuant au financement des régimes obligatoires de base, y compris lorsqu'elles portent sur des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale (C3S, taxe de solidarité additionnelle...).

(1) c du 1° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

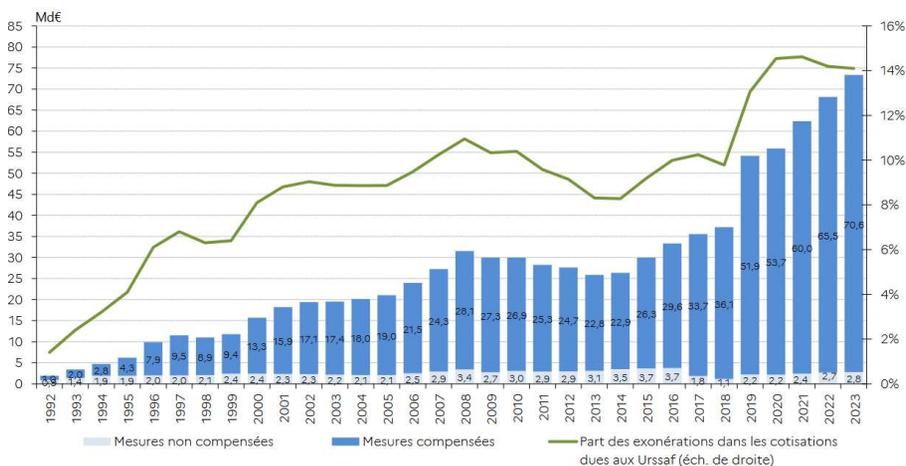
(2) 2° de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

A. LE MONTANT DES « NICHES SOCIALES » CONNAÎT UNE ÉVOLUTION DYNAMIQUE LIÉE À DES FACTEURS MULTIPLES

1. Le coût des niches sociales connaît une progression fort dynamique

En raison de la dynamique des allègements généraux de cotisations, le montant des « niches sociales » a encore fortement progressé, passant de 78,5 milliards d'euros en 2022 à 90,1 milliards d'euros en 2023 sur le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss), soit une hausse de près de 15 % ⁽¹⁾.

RAPPORT DES EXONÉRATIONS AUX COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE DUES AUX URSSAF PAR LES EMPLOYEURS



Champ : total des encaissements perçus en Urssaf (y compris Fonds national d'aide au logement et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) sauf les cotisations des travailleurs indépendants (sur l'ensemble de la chronique) et hors Unedic uniquement pour la période 2010-2018.

Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, p. 28.

Après une période exceptionnelle marquée par la mise en place de dispositifs ciblés en réponse à la crise sanitaire, la répartition des différents types d'exonérations au sein de cette enveloppe globale reprend un profil plus habituel dans lequel les allègements généraux occupent une part quasi hégémonique. D'un montant de 65,4 milliards d'euros en 2023, ils représentent en effet 87 % du montant total des exonérations sur le champ Robss et près de 78 % du montant total des exonérations et exemptions d'assiette. Ces dispositifs ont encore crû en 2023 à un rythme proche de celui constaté les années précédentes, leur coût ayant augmenté de 9,7 % contre 12 % en 2022.

(1) Données issues de l'annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023 et de l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Le coût des allègements généraux et des exonérations ciblées s'élève à 70,6 milliards d'euros en 2022. Ce coût est évalué sur la base des données remontées par les régimes, en droits constatés pour l'année 2023. Sont inclus dans les 90,1 milliards d'euros présentés ici 14,1 milliards d'euros au titre des exemptions d'assiette dont le coût est évaluable ainsi que la déduction forfaitaire spécifique (DFS) évaluée à 1,2 milliard d'euros.

Les exonérations ciblées compensées apparaissent globalement stables : sur le champ des Robss, elles se sont élevées à 6,5 milliards d'euros en 2023 contre 6,2 milliards d'euros en 2022.

Les allègements généraux de cotisations sociales

Codifié de longue date à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, le dispositif d'allègement général est le fruit d'une harmonisation de plusieurs dispositifs d'exonérations de cotisations sociales qui coexistaient depuis les années 1990 et qui visaient à favoriser la création d'emplois grâce à la réduction du coût du travail des personnes peu qualifiées.

En application de cet article, l'ensemble des employeurs du secteur privé soumis à l'obligation d'adhérer au régime d'assurance chômage et relevant du régime général ou des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires ainsi que certains employeurs publics bénéficient d'une exonération de cotisations sociales patronales applicables aux salaires n'excédant pas 1,6 Smic.

Cette réduction de cotisations sociales présente un profil dégressif : maximale au niveau du Smic, elle diminue progressivement à mesure que le salaire augmente pour s'annuler totalement à 1,6 Smic.

Pour les cotisations et contributions acquittées à compter du 1^{er} janvier 2022, la réduction dégressive sur les bas salaires permet d'exonérer entre 31,95 points et 32,35 points de cotisations patronales pour les entreprises ⁽²⁾.

Combinée à l'exonération de cotisations maladie de 6 points sur les salaires compris entre 0 et 2,5 Smic ⁽³⁾ – dite « bandeau maladie » – et à l'exonération de cotisations famille de 1,8 point sur les salaires n'excédant pas 3,5 Smic ⁽⁴⁾ – dite « bandeau famille » –, la réduction dégressive permet une baisse du coût du travail au niveau du Smic pouvant aller jusqu'à 40,2 % pour une entreprise de 50 salariés et plus.

2. Portée par les allègements généraux, la dynamique des exonérations est accentuée depuis 2021 par le choc inflationniste

• La dynamique des exonérations de cotisations sociales, portée par les allègements généraux, est tirée par la conjoncture économique.

Le montant des exonérations de cotisations sociales évolue naturellement à la hausse avec la croissance de la masse salariale sur laquelle ces cotisations sont assises. Pour autant, au cours des dernières années, l'augmentation du montant de ces exonérations a largement dépassé celle de la masse salariale soumise à cotisation ⁽⁵⁾.

(1) Créé par la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, le dispositif de réduction dégressive sur les bas salaires est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2005.

(2) Les entreprises soumises à un taux de contribution au Fonds national d'aide au logement (FNAL) de 0,1 % bénéficient d'une réduction de 31,95 points tandis que celles soumises à un taux de 0,5 % bénéficient d'une réduction de 32,35 points.

(3) Article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Cf. commentaire de l'article 6 du présent projet de loi de financement.

B. UNE OBLIGATION DE COMPENSATION QUI FAIT L'OBJET D'UNE INFORMATION DU PARLEMENT

1. Une obligation de compensation encadrée par des dispositions organiques

● La création des allègements généraux sur les bas salaires à l'initiative du gouvernement d'Édouard Balladur au début des années 1990 s'est très vite accompagnée d'une obligation de compensation par l'État des pertes de recettes induites par ces dispositifs de soutien à l'emploi pour la sécurité sociale.

Depuis la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, dite « loi Veil », les exonérations et réductions de cotisations sociales font l'objet d'une obligation de compensation intégrale par l'État. Cette règle, inscrite à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, a depuis été régulièrement renforcée et s'applique également aux exemptions d'assiette depuis 2004 ⁽¹⁾. Matériellement, la règle instaurée par la « loi Veil » se traduit par une compensation à la sécurité sociale « à l'euro près » par l'affectation de crédits budgétaires votés chaque année en loi de finances.

● Toutefois, le législateur financier social peut déroger à cette règle de compensation des exonérations de cotisations sociales par affectation de crédits budgétaires, soit qu'il choisisse de renoncer à toute compensation, soit qu'il décide de compenser la perte de recettes pour la sécurité sociale d'une autre manière ⁽²⁾.

D'après l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, 48 mesures de réduction ou d'exonération ont ainsi fait l'objet d'une disposition expresse de non-compensation, la dernière d'entre elles ayant été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. C'est ainsi que, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'article L. 131-7 précité précise les dérogations au principe qu'il pose. Il dispose ainsi aujourd'hui, au 1° du II, que l'obligation de compensation des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations sociales ne s'applique aux allègements généraux de cotisations.

Compte tenu de ce mouvement, l'obligation de compensation « juridique », qui emporte inclusion de ces dispositifs dans le périmètre du présent article, ne concerne guère plus que les exonérations ciblées, dont le montant s'était élevé à 6,5 milliards d'euros en 2023 ⁽³⁾.

● Pour autant, il convient de relever que l'existence d'une disposition juridique expresse de non-compensation en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne signifie pas nécessairement l'absence de compensation financière.

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(2) L'article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale confié à la loi de financement le monopole des dérogations au principe général de compensation.

(3) Annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022.

Ainsi, depuis 2006, les allègements généraux font l'objet d'une compensation par l'affectation de recettes fiscales. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ⁽¹⁾ a par ailleurs rationalisé les transferts de compensation des allègements généraux par l'instauration d'un mécanisme de compensation « *pour solde de tout compte* ». Les dernières extensions de périmètre des allègements généraux – notamment aux cotisations de retraite complémentaire et aux contributions d'assurance chômage – n'ont pas fait exception à ce cadre juridique dérogoratoire et se sont logiquement accompagnées d'une augmentation des recettes de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectées par l'État à la sécurité sociale.

Aussi convient-il de distinguer les exonérations compensées en application du principe de la « loi Veil » de celles qui, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, sont compensées financièrement par d'autres mécanismes.

• Il résulte de cette situation que les modalités parfois contingentes de l'application du principe de compensation des exonérations sociales ont pu nuire à la lisibilité des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Malgré de récentes évolutions positives, le citoyen intéressé par le suivi des modalités de compensation des exonérations doit aujourd'hui encore s'armer de patience et de persévérance pour relier une recette fiscale affectée à l'exonération de cotisation qu'elle vient compenser.

Le rapport remis au Parlement en octobre 2018 par MM. Christian Charpy et Julien Dubertret en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 ⁽²⁾ proposait de « remettre à plat » ces relations autour de deux principes :

- le partage du coût associé aux mesures générales de baisse de prélèvements obligatoires entre l'État et la sécurité sociale ;
- le maintien de la règle de compensation par crédits budgétaires pour les exonérations ciblées.

Par ailleurs, le rapport proposait d'unifier les flux de transferts financiers de l'État vers la sécurité sociale autour de la TVA affectée et d'abandonner le système dit du « panier fiscal », c'est-à-dire de l'ensemble des multiples taxes affectées à la sécurité sociale en compensation des exonérations de cotisations sociales.

Les conclusions du rapport ont trouvé à s'appliquer dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽³⁾ qui a acté la non compensation de certains dispositifs d'exonérations non ciblées, en particulier l'exonération de cotisations sociales salariales sur les heures supplémentaires ⁽⁴⁾, pour un montant de 2,6 milliards d'euros en 2022.

(1) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(2) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

(3) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(4) Article L. 241-17 du code de la sécurité sociale.

COÛT DES EXONÉRATIONS NON-COMPENSÉES (2022)

Dispositifs, en M€ en droits constatés	2023	2024 (P)	Evolution 2023-2024	2025 (P)	Evolution 2024-2025
EXONERATIONS NON COMPENSEES	2 606	2 597	-0,4%	2 673	2,9%
Exonération sur les heures supplémentaires - part salariale	2 277	2 378	4,5%	2 473	4,0%
Stagiaires en milieu professionnel	122	124	1,6%	128	3,1%
Contrats uniques d'insertion (CUI) / Contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) - secteur public uniquement	108	91	-15,6%	73	-20,2%
Contrat de sécurisation professionnelle	56	73	29,8%	75	2,1%
Exonération en faveur de jeunes chefs d'exploitations agricoles	44	45	-	44	-

Source : annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 48.

En parallèle, la loi de finances pour 2019 a opéré un transfert de TVA massif à la sécurité sociale de près de 32,5 milliards d'euros en contrepartie de la bascule du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi en allégement pérenne de cotisations sociales, et de la récupération d'une partie des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ⁽¹⁾.

2. Le contrôle du Parlement et la transparence sur l'application de ces compensations se sont améliorés

- La multiplication du recours aux « niches sociales » a conduit le législateur organique à ménager un cadre permettant un contrôle attentif du Parlement quant à leur coût, leur utilisation, leur efficacité et leurs modalités de compensation. Deux dispositions participent traditionnellement de cette information :

- l'obligation d'approuver, en loi de financement, le montant des compensations par l'État des exonérations, exemptions d'assiettes et réductions de taux aux organismes de sécurité sociale au sens large ⁽²⁾ ;

- la fourniture d'une annexe présentant l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, ainsi que celles envisagées pour l'année à venir, et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu.

- L'information présentée dans cette annexe s'est continûment enrichie au fur et à mesure de l'extension du champ et de l'accroissement du montant de ces niches sociales. Les dernières évolutions majeures visant à un contrôle plus efficace de ces niches résultent de la révision du cadre organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale à l'initiative du précédent rapporteur général des projets de loi de financement de la sécurité sociale ⁽³⁾.

(1) Article 96 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

(2) c du 1° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

(3) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, issue d'une proposition de loi organique de M. Thomas Mesnier.

Du point de vue de l'information du Parlement, la création d'une nouvelle catégorie de loi de financement de la sécurité sociale – la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale – s'est accompagnée d'une exigence accrue en termes d'évaluation de l'efficacité des niches sociales. En application des dispositions organiques, le projet de loi annuel d'approbation des comptes de la sécurité sociale comporte ainsi une annexe – annexe 2 – présentant une telle évaluation pour au moins le tiers des niches sociales ⁽¹⁾.

Enfin, s'agissant du contrôle des niches sociales, le nouveau cadre organique prévient leur prolifération en confiant aux lois de financement le monopole de la création ou de la modification des exonérations établies pour une durée égale ou supérieure à trois ans ⁽²⁾, lequel s'ajoute au monopole déjà établi en matière d'exonération non compensée.

Article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale

I. – Seules des lois de financement de l'année ou rectificatives peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit :

1° Soit non compensées à ces mêmes régimes ;

2° Soit établies pour une durée égale ou supérieure à trois ans, lorsqu'elles ont un effet :

a) Sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

b) Sur l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement de ces mêmes cotisations et contributions.

II. – Le I s'applique également :

1° À toute mesure de réduction ou d'exonération de contributions affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale ou aux organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

2° À toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions ;

3° À toute modification des mesures non compensées à la date de l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(1) 3° de l'article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale.

II. LE DROIT PROPOSÉ : L'APPROBATION DE LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS POUR 2025 À HAUTEUR DE 6,45 MILLIARDS D'EUROS

En application des dispositions organiques, le présent article approuve le montant des exonérations compensées aux organismes de base de la sécurité sociale, tel qu'inscrit dans l'annexe 4, et fixé à 6,45 milliards d'euros en 2025.

*

* *

Article 11

Approbation, pour l'année 2025, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

L'article 11 répond à une obligation organique. Il porte approbation du tableau d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale pour 2025.

Les modalités d'approbation des comptes pour l'année à venir sont établies à l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

« 2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin, la loi de financement de l'année :

« a) Prévoit les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que celles des organismes concourant au financement de ces régimes ;

[...]

« d) Retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes. »

L'article 11 satisfait ces obligations en portant approbation des tableaux d'équilibre établis pour chaque branche des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes, c'est-à-dire exclusivement le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Lofss), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des lois de financement.

I. L'EXERCICE 2025 : UNE LÉGÈRE AMÉLIORATION DES COMPTES SOCIAUX APRÈS UN EXERCICE 2024 PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉ

A. UNE PRÉVISION PROCHE DES EXERCICES PRÉCÉDENTS MALGRÉ UN EFFET DE BASE MASSIF AU TITRE DE L'EXERCICE 2024

1. Le solde pour 2025 serait légèrement dégradé par rapport aux prévisions antérieures

Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2025 avec les prévisions de la loi de financement rectificative pour 2023 et de la loi de financement pour 2024, telles qu'elles figuraient dans leur annexe A :

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2025 AVEC LES PRÉVISIONS DES DEUX EXERCICES ANTÉRIEURS

(en milliards d'euros)

	Prévisions en LRFSS 2023 (annexe A)			Prévisions en LFSS 2024 (annexe A)			Prévisions en PLFSS 2025 (article 11)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	244,7	250,5	-5,8	249,9	259,3	-9,4	247,4	260,8	-13,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,5	15,7	1,8	17,7	16,6	1,1	17,1	17	0,2
Vieillesse	291,2	303,7	-12,5	296,8	305,8	-9	297,1	300,2	-3,1
Famille	60,3	59,8	0,5	60,4	60	0,5	59,7	59,7	0
Autonomie	41,3	41,1	0,2	42,1	41,4	0,7	42	42,4	-0,4
Toutes branches*	636,5	652,2	-15,8	648,5	664,6	-16,1	644,4	661,1	-16,7
Toutes branches* incluant le FSV	639,1	652,6	-13,5	649,6	665	-15,4	645,4	661,5	-16

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Note : en raison d'arrondis, le solde inscrit dans le tableau peut ne pas correspondre à la différence entre les recettes et les dépenses.

Source : loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Cette comparaison constitue un exercice toujours utile, notamment pour se rendre compte du caractère inattendu des variations de recettes comme de dépenses. Entre les prévisions arrêtées en avril 2023 en loi de financement rectificative et celles qui sont examinées en octobre 2024, les recettes « toutes branches + FSV » sont supérieures de 16,3 milliards d'euros. Le constat inverse peut être fait lorsque l'on compare les prévisions arrêtées en décembre 2023 et celles inscrites au présent article : les recettes sont inférieures de 4,1 milliards d'euros par rapport aux prévisions inscrites en loi de financement pour 2024.

La dynamique observée pour les dépenses est la même que pour les recettes, à savoir des prévisions de dépenses bien supérieures qu'anticipées en loi de financement rectificative pour 2023 (+ 8,9 milliards d'euros) mais inférieures à celles inscrites dans la dernière loi de financement (– 3,5 milliards d'euros).

Comme cela est évoqué avec davantage de détail au commentaire de l'article 1^{er}, relatif à la rectification des tableaux d'équilibre pour l'année 2024, les prévisions de recettes et de dépenses pour l'année 2025 sont affectées par un « effet de base » particulièrement fort. Les recettes pour l'exercice 2024 sont ainsi inférieures de 6,2 milliards d'euros par rapport aux prévisions de la dernière loi de financement tandis que les dépenses sont supérieures 1,4 milliard d'euros.

La combinaison des prévisions de recettes et de dépenses se traduit par un solde en légère dégradation de 0,7 milliard d'euros par rapport à son niveau anticipé dans la dernière loi de financement. Cette baisse masque toutefois un effort important de redressement des comptes sociaux sur l'exercice 2025 lorsque l'on intègre le fait que les Robss et le FSV partent d'un déficit pour 2024 supérieur de 7,5 milliards d'euros par comparaison avec les prévisions initiales.

2. Les mesures nouvelles pour 2025 ont un effet considérable sur le solde attendu

Comme chaque année, les prévisions pour l'exercice à venir intègrent une actualisation du scénario macro-économique mais également l'effet des mesures nouvelles, qu'elles aient été prévues dans des lois antérieures ou qu'elles le soient dans le présent projet de loi.

Les mesures décrites dans le tableau suivant font l'objet de commentaires détaillés aux articles qui les concernent. Leurs effets financiers sont agrégés s'agissant des mesures en recettes et détaillés par branche s'agissant des mesures en dépenses. Les mesures de transfert entre l'État et les branches y sont retracées tandis que celles entre les branches de la sécurité sociale n'apparaissent pas ⁽¹⁾.

(1) Celles-ci sont présentées à l'article 8 relatif à la « tuyauterie » des transferts financiers interbranches.

IMPACT FINANCIER DES MESURES NOUVELLES EN 2024 SUR L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV

(en milliards d'euros)

Mesures en recettes	
Hausse de 4 points du taux de cotisation employeur de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	2,4
Rationalisation des exonérations sociales (contrats d'apprentissage, entreprises d'armement maritime, jeunes entreprises innovantes)	0,3
Hausse des taux de l'évaluation forfaitaire de l'avantage en nature relative aux véhicules de fonction	0,3
Accord sur les cotisations de retraite des travailleurs transfrontaliers	0,3
Réforme des allègements généraux de cotisations	5,1
Fusion des sections hors Ondam (recettes fiscales)	0,3
Relèvement du plafond d'exonération totale du dispositif « travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi » de 1,2 Smic à 1,25 Smic	0
Total mesures en recettes	
8,6	
Mesures en dépenses	
Vieillesse	
Décalage au 1 ^{er} juillet de la date de revalorisation des pensions (hors effet retour sur les recettes de CSG portant sur les revenus de remplacement)	3,1
Maladie	
Mesures en économies dans le champ de l'Ondam	1,6
Autonomie	
Fusion des sections Hors Ondam - concours article 43	- 0,1
Fusion des sections Hors Ondam - baisse du concours APA 1	0,1
Total mesures en dépenses	
4,9	
Mesures de transfert	
Ajustement de la fraction de TVA	- 1
Effet total de ces mesures nouvelles	
12,4	

Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

S'agissant des mesures nouvelles, le présent projet de loi traduit des ambitions beaucoup plus fortes que les précédentes lois de financement. L'ensemble des mesures conduirait à une amélioration du solde « toutes branches + FSV » de 12,4 milliards d'euros.

• Plus des deux tiers (69 %) de l'impact financier des mesures nouvelles seraient portées par les recettes :

– la principale mesure concerne la réforme des allègements généraux de cotisations sociales (**article 6**). La diminution de 2 points du montant maximal d'exonération des cotisations d'assurance vieillesse au niveau du Smic et la réduction du point de sortie des dispositifs de réduction proportionnelle des taux de

cotisations patronales d'assurance maladie (de 2,4 à 2,2 Smic) et d'allocations familiales (de 3,4 à 3,2 Smic) entraîneraient un gain spontané de 5,1 milliards d'euros pour les branches. Ce gain serait réduit de 1 milliard d'euros du fait d'un ajustement de la fraction de TVA affectée par l'État à la sécurité sociale au titre de la compensation des pertes de recettes d'impôt sur les sociétés qui résulteraient de cette réforme ;

– la hausse de 4 points du taux de cotisation employeur à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) engendrerait des recettes supplémentaires de l'ordre de 2,3 milliards d'euros pour la branche vieillesse. Cette mesure, qui serait renouvelée en 2026 et en 2027, vise à réduire le déficit du régime de retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, lequel est attendu à 10 milliards d'euros en 2030, hors mesures nouvelles. Son effet se répercute toutefois sur les dépenses d'assurance maladie puisque les dépenses engagées par les établissements publics de santé au titre des cotisations qu'ils versent à leurs agents se font sous l'enveloppe de l'Ondam hospitalier. Pour 2025, ces dépenses sont estimées à 1,1 milliard d'euros ;

– les autres mesures en recettes permettent une amélioration du solde à hauteur de 1,1 milliard d'euros : 0,3 milliard d'euros issus de la rationalisation des niches sociales applicables aux contrats d'apprentissage, aux entreprises d'armement maritime et aux jeunes entreprises innovantes et de croissance (**article 7**), ainsi que 0,6 milliard d'euros de mesures qui ne se traduisent pas dans des articles du présent projet de loi mais qui s'appliqueront en 2025, dont 0,3 milliard d'euros au titre de la réintégration des cotisations de retraite dans l'assiette sociale des travailleurs transfrontaliers et autant au titre de la hausse des taux de l'évaluation forfaitaire de l'avantage en nature relative aux véhicules de fonction. Les mesures en recettes intègrent également une affectation de recettes fiscales de 0,3 milliard d'euros pour couvrir le changement de périmètre de l'objectif global de dépenses au titre de la fusion des sections.

● Un peu plus de 30 % des mesures d'économies portent sur les dépenses.

– les mesures sous Ondam contribueraient à réduire son évolution de 1,6 milliard d'euros (dont 500 millions d'euros de mesures de périmètre lié à l'expérimentation du transfert du financement des sections dépendances des Ehpad des départements vers la branche autonomie). La branche maladie verrait ses dépenses diminuer par rapport au tendanciel d'environ 2,6 milliards d'euros, sous l'effet principal de la hausse du ticket modérateur sur les médecins et les sages-femmes de 30 % à 40 % (– 1,1 milliard d'euros) et de la baisse du plafond des indemnités journalières de 1,8 à 1,4 Smic (– 0,6 milliard d'euros) ;

– le décalage de la date de revalorisation des pensions et des autres prestations d'assurance vieillesse (à l'exception du minimum vieillesse et de l'allocation de veuvage) au 1^{er} juillet entraînerait des moindres dépenses estimées à 3,1 milliards d'euros desquels seraient déduits 0,2 milliard d'euros de moindres recettes de CSG au titre des revenus de remplacement (**article 23**).

B. LE DÉFICIT SE RÉDUIRAIT LÉGÈREMENT PAR RAPPORT À L'EXERCICE 2024

• Le tableau suivant compare cette fois les prévisions pour 2025 aux prévisions pour 2024 rectifiées par l'article 2.

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2025 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

	Rectification pour 2024 (annexe A)			Prévisions pour 2025 (article 11)			Évolution		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	239	253,6	-14,6	247,4	260,8	-13,4	8,4	7,2	1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,7	16	0,7	17,1	17	0,2	0,4	1	-0,5
Vieillesse	287,4	293,7	-6,3	297,1	300,2	-3,1	9,7	6,5	3,2
Famille	58,3	57,9	0,4	59,7	59,7	0	1,4	1,8	-0,4
Autonomie	40,9	40	0,9	42	42,4	-0,4	1,1	2,4	-1,3
Toutes branches*	624,2	643	-18,9	644,4	661,1	-16,7	20,2	18,1	2,2
Toutes branches* incluant le FSV	625,3	643,4	-18	645,4	661,5	-16	20,1	18,1	2

Note : en raison d'arrondis, le solde inscrit dans le tableau peut ne pas correspondre à la différence entre les recettes et les dépenses.

Source : loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Le solde est en légère amélioration de 2 milliards d'euros à la faveur de recettes (+ 3,2 %) qui augmentent plus vite que les dépenses (+ 2,8 %). Les recettes seraient tirées par la hausse de la masse salariale du secteur privé (+ 2,8 %) avec un effet remarquable sur les cotisations qui progresseraient plus vite que la masse salariale (+ 5,1 %) du fait des mesures relatives aux exonérations de cotisations prévues dans le présent projet de loi de financement. Les recettes de CSG ralentiraient toutefois assez nettement (+ 2,3 % contre + 5,8 % en 2024) du fait du contrecoup de l'effet de périmètre lié à l'affectation de 0,15 point de CSG supplémentaire à la branche autonomie en 2024 mais également par le ralentissement de la masse salariale qui atténue la dynamique de la CSG portant sur les revenus d'activité. Le rendement des recettes fiscales s'infléchirait à la baisse (+ 1,1 % contre + 2,8 % en 2024), sous l'effet principal de l'ajustement de la part de TVA affectée à la sécurité sociale ⁽¹⁾.

(1) Article 38 du projet de loi de finances pour 2025.

● L'analyse branche par branche laisse apparaître des différences notables de trajectoire pour l'exercice 2025.

La **branche maladie** verrait son solde s'améliorer de 1,2 milliard d'euros sous l'effet de mesures nouvelles améliorant de 5,4 milliards d'euros sa situation financière. La hausse des charges s'établirait à + 2,8 % dont 2,6 % sous Ondam et 4,7 % hors Ondam. La hausse des dépenses (+ 7,2 milliards d'euros) serait plus que compensée par l'accroissement des recettes porté essentiellement par les gains provoqués par la réforme des allègements généraux.

Les cotisations d'assurance maladie du secteur public enregistreraient un ressaut lié au retour au taux applicable en 2023 ⁽¹⁾ tandis que les recettes de la TVA augmenteraient modérément (+ 1,9 %, un niveau proche de l'inflation) et que les recettes liées à la fiscalité sur le tabac diminueraient légèrement (+ 0,1 %).

La **branche vieillesse (+ FSV)** est celle qui contribuerait le plus à l'effort de redressement des comptes sociaux (+ 7,9 milliards d'euros de mesures nouvelles). La croissance des prestations légales marquerait un net infléchissement compte tenu d'une forte revalorisation desdites prestations en 2024 et de l'effet du décalage de la date de revalorisation au 1^{er} juillet. Cette seule mesure contribuerait pour 1,4 point au ralentissement observé entre 2025 (+ 2,1 %) et 2024 (+ 6,9 %) sur ce même champ des prestations légales.

La réforme des retraites continuerait de monter en charge avec un effet sur la réduction des prestations de retraites estimé à 1 milliard d'euros par rapport au tendancier observé hors réforme.

Malgré la refonte des allègements généraux, qui conduirait dès 2025 à la réduction de 2 points de l'exonération des cotisations employeurs d'assurance vieillesse, et la hausse du taux de cotisation à la CNRACL, la croissance des recettes ralentirait de 1 point (+ 3,2 %). L'assiette salariale sous le plafond de la sécurité sociale n'augmenterait que de 2,2 % compte tenu des évolutions de masse salariale déplafonnée et d'un relèvement limité dudit plafond (+ 1,6 %) ⁽²⁾.

La **branche famille** présenterait encore un solde à l'équilibre, en dégradation de 0,4 milliard d'euros par rapport à 2024. Elle bénéficie à la marge des mesures nouvelles (+ 0,1 milliard d'euros) tandis que ses charges progresseraient modérément (+ 2,5 %), à l'exclusion des charges de prestations extralégales (+ 9,9 %) qui seraient tirées par les dépenses en faveur du service public de la petite enfance portées par le Fonds national d'action sociale (FNAS).

(1) En 2024, le taux de cotisation d'assurance vieillesse des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers a été augmenté d'un point. En contrepartie, le taux de cotisation d'assurance maladie a été temporairement baissé pour l'année 2024.

(2) Les cotisations d'assurance vieillesse portent à la fois sur la part des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale (cotisation plafonnée) et sur la part supérieure (cotisation déplafonnée). En 2024, le plafond de la sécurité sociale est fixé à 46 368 euros par an, soit 3 864 euros mensuels.

La **branche autonomie** deviendrait déficitaire en 2025 (– 0,4 milliard d’euros). La dégradation de son solde de 1,3 milliard d’euros serait en partie le fait de mesures nouvelles visant à améliorer l’offre à hauteur de 0,5 milliard d’euros.

La **branche AT-MP** conserverait un excédent (0,2 milliard d’euros), en baisse de 0,5 milliard d’euros par rapport à 2024. La hausse du transfert qu’elle verse chaque année à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail contribue à hauteur de 0,4 milliard d’euros de dépenses supplémentaires.

CHARGES ET PRODUITS NETS DES RÉGIMES DE BASE, PAR BRANCHE, DU FSV ET DE L'ENSEMBLE CONSOLIDÉ RÉGIMES DE BASE ET FSV EN 2025

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT- MP	Autonomie	Régimes de base	%	FSV	ROBSS + FSV	%
CHARGES NETTES	260,8	300,2	59,7	17,0	42,4	661,1	2,80%	21,3	661,5	2,80 %
Prestations sociales nettes	241,6	294,7	42,3	13,2	35,2	624,7	2,80%	0	624,7	2,80 %
Prestations légales nettes	241,4	294	34,6	13,2	35,2	616,1	2,70 %	0	616,1	2,70 %
Prestations extralégales nettes	0,2	0,6	7,7	0	0	8,5	9,10 %	0	8,5	9,10 %
Transferts nets	11,0	2,2	14,1	2,6	7	20,3	2,00%	21,2	20,6	2,00%
Transferts avec d'autres régimes de base	1	0,9	14,1	2,2	0,7	2,3	6,50 %	0	2,3	6,50 %
Transfert avec des fonds	9	0	0	0,4	0,2	9,7	1,00 %	20,9	9,7	1,00 %
Autres transferts versés	0,9	1,4	0	0,1	6,1	8,4	2,10 %	0,3	8,7	2,10 %
Charges de gestion courante	7,4	2,4	3,3	1,2	0,2	14,4	2,60%	0,1	14,4	2,60%
Autres charges	0,8	0,9	0	0	0	1,8	51,0%	0	1,8	51,0%
Charges financières	0,8	0,9	0	0	0	1,7	54,70 %	0	1,7	54,70 %
Charges diverses	0	0	0	0	0	0,1	2,10 %	0	0,1	2,10 %
PRODUITS NETS	247,4	297,1	59,7	17,1	42	644,4	3,20 %	22	645,4	3,20 %
Cotisations, contributions et recettes fiscales nettes	225,9	253,5	58,6	16,3	41,9	593,9	3,40%	22	615,8	3,40%
Cotisations sociales	93,3	173,8	37,4	15,9	0	318,5	5,10 %	0	318,5	5,10 %
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	3,8	0,9	0,2	0	7	3,20 %	0	7	3,20 %
Contribution de l'employeur	0,5	49,1	0	0,3	0	50	0,60 %	0	50	0,60%
CSG	57	0	14,7	0	37,3	108,6	2,30%	22,1	130,7	2,30%
Autres contributions sociales	0,5	8	1,5	0	3,7	13,8	4,80 %	0	13,8	4,80 %
Recettes fiscales	73	19,5	4,3	0	0,9	97,8	0,60 %	0	97,8	0,60 %
Charges liées au non-recouvrement	-0,6	-0,7	-0,2	-0,1	-0,1	-1,7	-11,10 %	-0,2	-1,9	-10,10 %
Transferts nets	6,2	42,5	0,2	0,1	0,1	32,5	0,10 %	0	11,6	-5,20%
Reçus des régimes de base	4,5	12,1	0,2	0	0	0,2	-5,40 %	0	0,2	-5,40 %
Reçus des fonds de financement	1,3	20,9	0	0	0	22,2	3,60 %	0	1,3	7,90 %
Reçus de l'État	0,1	7,8	0	0,1	0,1	8,4	-8,90 %	0	8,4	-8,90 %
Autres	0,3	1,7	0	0	0	1,7	6,30 %	0	1,7	6,30 %
Autres produits	15,3	1,1	0,9	0,8	0	18,1	3,10%	0	18,0	3,10%
Produits financiers	0	0,5	0,3	0,2	0	1	1,10 %	0	1	1,10 %
Produits divers	15,3	0,6	0,7	0,5	0	17	3,20 %	0	17	3,20 %
RÉSULTAT NET	- 1,4	-3,1	0	0,2	-0,4	- 16,7		0,7	- 16,0	

Source : annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

*

* *

Article 12

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2025

L'article 12 répond à une obligation organique. Il fixe à 16,28 milliards d'euros pour 2025 l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Comme chaque année depuis 2011, il prévoit un montant nul de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

L'**article 12** satisfait une obligation organique issue de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale. Aux termes de celui-ci, dans « *sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année : [...] b) Détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit* ».

I. L'OBJECTIF D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE EN 2024

● Le **I** fixe l'objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour 2025 à 16,28 milliards d'euros. Ce montant est relativement stable au regard de l'objectif pour 2024 rectifié par l'article 1^{er} du présent projet de loi de financement. Il est toutefois en diminution par rapport à l'amortissement de 18,3 milliards d'euros constaté pour l'année 2023 ⁽¹⁾.

Cette relative diminution de l'objectif d'amortissement de la Cades depuis 2023 s'explique à la fois :

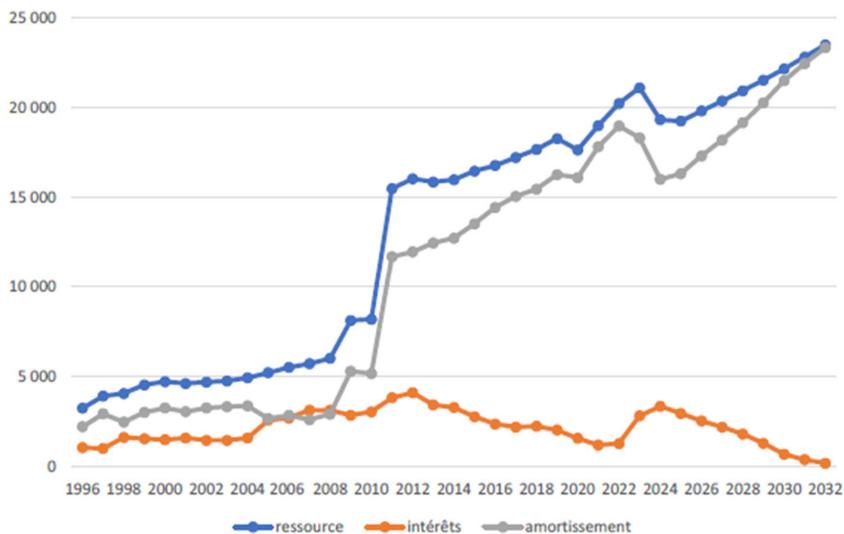
– par une diminution de ses recettes avec l'affectation à la CNSA de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG) dès 2024, soit 2,6 milliards d'euros, et la réduction de la dotation versée par le Fonds de réserve pour les retraites de 2,1 milliards d'euros à 1,45 milliard d'euros en 2025 ;

– par une situation de taux d'intérêt plus élevés liés, comme le soulignait son président au rapporteur général, à la guerre en Ukraine.

La conjonction de ces facteurs conduit la Cades à réduire le remboursement du capital au profit du paiement des intérêts. La corrélation entre baisse des ressources, augmentation des intérêts et diminution de l'amortissement est évidente.

(1) Article 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023.

TRAJECTOIRE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE PORTÉE PAR LA CADES JUSQU'EN 2033



Source : annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

La trajectoire de reprise de dette avait été tracée par la loi du 7 août 2020 ⁽¹⁾. Elle prévoyait 136 milliards d'euros ⁽²⁾ minorés des 20 milliards d'euros dont le transfert a déjà été organisé par le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 ⁽³⁾, des 40 milliards repris en application du décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ⁽⁴⁾ et des 40 milliards repris en application du décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022 ⁽⁵⁾ et 27,2 milliards d'euros repris en application du décret n° 2023-12 du

(1) Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

(2) Pour mémoire, 31 milliards d'euros au titre des déficits cumulés par la branche maladie du régime général, le Fonds de solidarité vieillesse, le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, 92 milliards d'euros de déficits prévisionnels du régime général et du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et 13 milliards d'euros au titre des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier.

(3) 6,2 milliards d'euros du Fonds de solidarité vieillesse, 10,2 milliards d'euros de la Caisse nationale de l'assurance maladie et 3,6 milliards d'euros de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au titre du régime d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés agricoles.

(4) Pour mémoire, il s'agit de 9,9 milliards d'euros correspondant aux déficits cumulés fin 2019 de la branche maladie et du Fonds de solidarité vieillesse, de 1,3 milliard d'euros de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, de 23,8 milliards d'euros de déficits 2020 des branches maladie, vieillesse, famille et du Fonds de solidarité vieillesse et de 5 milliards d'euros au titre de la dette des établissements relevant du service public hospitalier au 31 décembre 2019.

(5) 32,3 milliards d'euros au titre de la couverture des déficits cumulés de la branche maladie, 1,46 milliard d'euros au titre de ceux de la branche vieillesse et 1,2 milliard d'euros au titre de ceux du Fonds de solidarité vieillesse, ainsi que 5 milliards d'euros au titre de la dette des établissements relevant du service public hospitalier au 31 décembre 2019. Ce même décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022 a annulé la reprise des déficits de la branche vieillesse et famille pour 2020 au motif que les situations nettes de ces branches restaient excédentaires à fin 2020 après l'imputation des déficits 2020. Il pourrait en aller de même pour les déficits cumulés du Fonds de solidarité vieillesse que la Cades devait continuer de reprendre, compte tenu de la situation excédentaire de ce dernier, au moins au titre de l'année 2023.

11 janvier 2023. Elle s’est achevée en 2024 avec un montant de dette repris de 8,8 milliards d’euros en application du décret n° 2024-176 du 6 mars 2024 ⁽¹⁾.

REPRISE DE DETTE RÉALISÉE EN 2024 PAR LA CADES

(en euros)

Date du versement	Versement de la CADES à l’ACOSS	Dont affectation à la branche maladie
12-mars-24	2 192 116 296,04	2 192 116 296,04
26-juin-24	4 982 082 490,99	4 982 082 490,99
20-sept-24	1 594 266 397,11	1 594 266 397,11
Total	8 768 465 184,14	8 768 465 184,14

Source : décret n° 2024-176 du 6 mars 2024 précité.

Dans les conditions actuelles et au regard des données fournies par le président du conseil d’administration de la Cades au rapporteur général, la cible d’amortissement pour 2025 semble atteignable. La satisfaction de cet objectif mènerait la Cades en 2025 à un amortissement cumulé de 275 milliards d’euros pour un total de dette reprise de 396,5 milliards d’euros. La situation nette de la Cades, obtenue en faisant la différence entre le total de dette reprise et l’amortissement cumulé, serait alors de – 121,5 milliards d’euros, un montant toujours plus élevé qu’en 2020.

En l’état, les scenarii publiés dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d’octobre 2024 font état d’une perspective plutôt optimiste s’agissant de la capacité de la Cades à amortir totalement la dette transférée jusqu’ici à l’horizon 2032. Toutefois, la situation particulièrement dégradée des comptes sociaux est une source de préoccupation pour l’avenir de la Caisse. Dans leur récent rapport relatif à la gestion de la dette sociale, M. Hadrien Clouet et Mme Stéphanie Rist estimaient à près de 34,5 milliards d’euros le montant de la dette portée par l’Acoss au 31 décembre 2024 ⁽²⁾. Ce total intégrait non seulement le reliquat des déficits cumulés du régime général sur les années 2020-2023 qui excédaient l’enveloppe de 92 milliards d’euros fixée par la loi du 7 août 2020 et le déficit des régimes de base pour 2024 (dont le montant était attendu à 16,6 milliards d’euros selon les prévisions accessibles à la date de publication du rapport), mais également les 10,6 milliards d’euros représentant la dette cumulée de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) au cours des exercices 2020 à 2024.

Selon le dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale et compte tenu de la dégradation supplémentaire du déficit pour 2024, ce montant pourrait être en réalité plus élevé, à hauteur de 37 milliards d’euros. Ce sont autant de déficits que l’Acoss a la charge de financer sans être suffisamment outillée pour

(1) Décret n° 2024-176 du 6 mars 2024 relatif au transfert à la Caisse d’amortissement de la dette sociale des déficits du régime général en 2023 et au transfert à la Caisse d’amortissement de la dette sociale des déficits du régime général à effectuer en 2024.

(2) Rapport d’information n° 302 déposé en application de l’article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d’une mission d’information sur la gestion de la dette sociale présenté par M. Hadrien Clouet et Mme Stéphanie Rist, déposé le 2 octobre 2024.

le faire. L'article 13 du présent projet de loi de financement y apporte un début de réponse en relevant le plafond d'autorisation de recours à des ressources non permanentes par l'Acoss à 65 milliards d'euros. Ce seul levier apparaît toutefois limité au regard des besoins de financement auxquels l'Acoss se trouvera confronté à très court terme.

Relayant des inquiétudes de la Cour des comptes et du Haut Conseil du financement de la protection sociale, le rapport de nos collègues Hadrien Clouet et Stéphanie Rist évoquait l'hypothèse formulée par certaines des personnes auditionnées d'une nouvelle reprise de dette. Le montant de dette pouvant être repris par la Cades sans que sa date d'extinction soit reportée correspondrait donc à sa capacité d'amortissement prévisionnelle pour l'année 2033, laquelle dépend de la dynamique de ses recettes et de l'évolution des conditions de taux d'intérêt auxquels elle peut se financer.

Le président de la Cades réagit vivement lorsqu'il fut interrogé sur le sujet lors de son audition par le rapporteur général. Selon lui, aucune reprise de dette ne serait viable si elle ne s'accompagnait pas de la définition d'une trajectoire crédible de redressement des comptes sociaux.

• Or, force est de constater que ce projet de loi de financement en général et son annexe pluriannuelle en particulier ne remplissent pas ce critère. La présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes évoquait en mai dernier, devant la commission des affaires sociales, le risque d'atteindre une situation d'impasse de financement à horizon 2027 : « *Après 2024, selon les prévisions du Gouvernement, le déficit de la sécurité sociale devrait de nouveau se creuser, atteignant plus de 17 milliards d'euros en 2027. En 2027, nous atteindrions un point de bascule, car le déficit deviendrait supérieur à la capacité d'amortissement de la Cades. La dette sociale recommencerait à croître, sans aucune perspective de retour à l'équilibre, ce qui est totalement inédit* »⁽¹⁾. Force est de constater que ces craintes se réaliseront dès cette année puisque le déficit serait de 18 milliards d'euros, soit un montant supérieur au déficit prévisionnel en 2027 inscrit en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

La prorogation de la durée de vie de la Cades, dont l'extinction était initialement prévue au 31 janvier 2009, entraîne le maintien d'impositions affectées à la seule fin d'amortir la dette sociale. Le rapporteur général estime que cette question redevient urgente, quatre ans seulement après le choc de la crise sanitaire. Elle apparaît d'autant plus impérieuse que la date à laquelle devrait intervenir une telle révision approche et qu'il n'est pas certain que les conditions politiques actuelles permettent une prorogation de la durée de vie de la Cades. Cette perspective n'apparaît pas particulièrement souhaitable au rapporteur général, mais elle pourrait devenir très rapidement inévitable.

(1) *Audition de la présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mercredi 29 mai 2024.*

II. LES RECETTES AFFECTÉES AU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **II** affecte un montant nul de recettes au Fonds de réserve pour les retraites, dont la vocation n'est plus d'être alimenté mais de procéder à des décaissements, notamment en faveur de la Cades.

III. LES MISES EN RÉSERVE AU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **III** prévoit une mise en réserve nulle de recettes au sein du Fonds de solidarité vieillesse. Celui-ci n'a plus vocation à constituer des réserves même s'il a pu exercer cette mission dans le passé.

*

* *

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 non permanentes auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recourir

L'article 13 poursuit deux finalités distinctes :

– d'une part, conformément au e du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, il arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement autorisés à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources. Comme en 2024, les organismes concernés par cette habilitation sont l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ;

– d'autre part, il prévoit de relever de douze à vingt-quatre mois la durée maximale des emprunts souscrits par l'Acosse, tout en limitant à douze mois la durée moyenne annuelle pondérée de ces emprunts.

I. LE RELÈVEMENT DE LA DURÉE MAXIMALE DES EMPRUNTS SOUSCRITS PAR L'ACOSS SÉCURISERAIT LE FINANCEMENT DE CELLE-CI SANS QUE LES MODALITÉS DE COUVERTURE DES DÉFICITS SOCIAUX NE SOIENT TOUTEFOIS DÉFINIES

A. LA COUVERTURE DES BESOINS DE FINANCEMENT DE COURT TERME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR L'ACOSS EST FRAGILISÉE PAR L'ACCUMULATION DES DÉFICITS D'UNE PARTIE DES BRANCHES ET DES RÉGIMES

1. L'Acosse couvre les besoins de trésorerie du régime général et contribue au financement d'autres régimes déficitaires en souscrivant des emprunts de court terme

● En application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, l'Acosse assure la gestion commune de la trésorerie des branches du régime général de sécurité sociale. À ce titre, elle couvre les besoins de financement de court terme desdites branches en souscrivant des emprunts dont la durée ne peut excéder douze mois ⁽¹⁾. L'Acosse recourt à la fois à des émissions de titres auprès des marchés et à des prêts de la Caisse des dépôts et consignations ainsi que d'établissements bancaires ⁽²⁾. Son plafond d'emprunt est défini chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ⁽³⁾.

(1) Article L. 139-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Ibid.

(3) e du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale. S'agissant de l'exercice en cours, l'article 35 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a fixé ce plafond à 45 milliards d'euros.

L'Acoss contribue de surcroît à la couverture des besoins de financement de court terme d'autres régimes, auxquels elle consent des avances et des prêts⁽¹⁾. Parmi ceux-ci, la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités territoriales (CNRACL) revêt une importance particulière par le niveau des déficits qu'elle accumule depuis la dernière reprise de dette dont elle a bénéficié, laquelle est intervenue en 2020⁽²⁾.

● L'encadrement des capacités d'endettement de l'Agence reflète la séparation entre, d'une part, la couverture des besoins de trésorerie des branches – en raison notamment du décalage entre les dates d'encaissement de leurs recettes et de versement des prestations aux assurés sociaux – et, d'autre part, le comblement de leurs déficits, c'est-à-dire de besoins de financement qui ne sont pas résorbés au cours d'un exercice comptable et sont par conséquent reconduits d'une année à l'autre.

L'Acoss est ainsi conçue pour couvrir les besoins de financement ponctuels inhérents aux particularités de la trésorerie de la sécurité sociale, et non pour gérer durablement des déficits cumulés. La limitation de la maturité des emprunts souscrits par l'Agence constitue ainsi l'une des traductions du principe d'équilibre financier de la sécurité sociale, en vertu duquel les déficits de cette dernière ne devraient revêtir qu'un caractère transitoire, et selon lequel toute dette devrait être remboursée à brève échéance⁽³⁾.

À l'inverse, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a été créée pour amortir, dans un horizon temporel resserré et au moyen de ressources spécifiques, les déficits cumulés des branches et des régimes de sécurité sociale qui lui sont transférés à l'initiative du législateur. La maturité des emprunts souscrits par la Cades n'est pas limitée, ce qui lui permet de s'endetter à de meilleures conditions auprès des marchés afin de refinancer ces passifs, qu'elle rembourse progressivement selon un calendrier défini par la loi de financement de la sécurité sociale⁽⁴⁾, dans le respect de la durée d'amortissement prévue par la loi

(1) Article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Il s'agit de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. Cette disposition législative prévoyait la reprise, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), des déficits de la CNRACL constitués jusqu'au 31 décembre 2019. La CNRACL a reçu 1,29 milliard d'euros de la Cades sur ce fondement, cette somme correspondant aux déficits des exercices 2018 et 2019.

(3) Le choix fait en 1996 de faire amortir la dette sociale dans un horizon temporel resserré – la durée des missions de la Cades ayant alors été fixée à treize ans – est une autre illustration de ce principe. Ce dernier revêt de surcroît le caractère d'une exigence constitutionnelle depuis la décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997. Les justifications théoriques et les fondements juridiques de ce principe sont présentés dans le rapport n° 302 sur la gestion de la dette sociale fait par M. Hadrien Clouet et Mme Stéphanie Rist au nom de la commission des affaires sociales, XVII^e législature, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 2 octobre 2024.

(4) Aux termes de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale détermine, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, l'objectif d'amortissement de la Cades au titre de cette même année.

organique⁽¹⁾. Le dernier programme de reprise de dette a permis de combler la totalité des déficits des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) constitués entre 2020 et 2022 ainsi qu'une partie des déficits de l'exercice 2023, pour un montant total de 92 milliards d'euros qui correspond au plafond défini par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie⁽²⁾.

2. L'accumulation des déficits du régime général et de la CNRACL pourrait compromettre la capacité de l'Acosse à couvrir leurs besoins de financement

• Depuis 2023, les branches maladie et vieillesse du régime général accumulent des déficits qui, en l'état du droit, ne sont couverts par aucun programme de reprise de dette.

En outre, d'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024, les déficits du régime de retraite des agents des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière constitués depuis 2020 s'élèveraient à 13,7 milliards d'euros à la fin de l'année 2024⁽³⁾.

La somme des déficits du régime général et de la CNRACL s'élèverait ainsi à 37 milliards d'euros à la fin de l'année 2024.

Dans ces conditions, l'Acosse sera conduite au cours des prochaines années à souscrire régulièrement de nouveaux emprunts pour couvrir des besoins de financement croissants, qui excèdent sa fonction normale de gestion de la trésorerie des branches.

• Aussi, les instruments de marché utilisés par l'Agence ne sont pas pleinement adaptés à la couverture de tels déficits. Alors même que l'Acosse peut souscrire des emprunts d'une durée maximale d'un an, la maturité moyenne de ses titres est de trente-six jours⁽⁴⁾. L'écart entre le plafond légal et la durée effective des emprunts souscrits reflète les caractéristiques des marchés au sein desquels l'Acosse intervient. En effet, celle-ci opère uniquement sur des marchés d'emprunt de court terme où la maturité moyenne des instruments financiers est d'un mois⁽⁵⁾.

L'Acosse ne peut donc pas optimiser la couverture de ses besoins de financement, ce qui impliquerait qu'elle puisse souscrire à la fois des créances de

(1) L'article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée, dans sa rédaction résultant de la loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale, prévoit que l'ensemble des passifs repris par la Cades devront être amortis avant le 31 décembre 2033. La même disposition impose au législateur d'accompagner tout nouveau transfert de dette de ressources supplémentaires afin de ne pas dépasser ce terme.

(2) Il s'agit de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée dans sa rédaction résultant de la loi du 7 août 2020 susmentionnée.

(3) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024, p. 30.

(4) Annexe 9 du PLFSS, p. 75.

(5) Ces catégories de titres sont, d'une part, les *Negotiable European Commercial Paper* (NEU CP, ou « titres négociables à court terme ») et, d'autre part, les *Euro Commercial Paper* (ECP).

court terme et des titres d'une durée supérieure. Il n'est de surcroît pas certain que les marchés où celle-ci opère présentent une profondeur suffisante pour répondre en toutes circonstances à l'ensemble de ses besoins de financement, ainsi que l'ont démontré les difficultés rencontrées par l'Acoss en avril 2020, dans les circonstances particulières que chacun connaît.

Le raccourcissement de la durée moyenne des emprunts de l'Acoss reflète également une modification de la répartition de ses financements entre, d'une part, les instruments de marché et, d'autre part, les avances de la Caisse des dépôts et consignations. En effet, dans un souci d'optimisation de ses conditions de financement, l'Acoss se finance désormais presque exclusivement auprès des marchés, les taux proposés par ces derniers se révélant plus avantageux que ceux pratiqués par la Caisse des dépôts. Le recours accru à ce type de financements a cependant conduit l'Acoss à augmenter la part des opérations de très court terme dans son bilan, conformément aux caractéristiques des marchés au sein desquels elle intervient.

B. L'ARTICLE PRÉVOIT DE RELEVER DE LA DURÉE MAXIMALE DES EMPRUNTS SOUSCRITS PAR L'ACOSS POUR FAVORISER LE REFINANCEMENT DES DÉFICITS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. La durée maximale des emprunts souscrits par l'Acoss serait relevée de douze à vingt-quatre mois, mais la durée moyenne des titres serait limitée à un an

● Le II du présent article permet à l'Acoss de souscrire des emprunts d'une durée n'excédant par vingt-quatre mois, et non plus douze mois. La fiche d'évaluation de l'article indique que ce relèvement du plafond de la durée des emprunts contractés par l'Agence lui permettrait d'accéder à de nouveaux marchés, et notamment d'acquérir des titres d'une durée minimale d'un an⁽¹⁾, lesquels correspondent à des emprunts de moyen terme. La durée moyenne des créances de l'Acoss serait ainsi portée de trois mois à six mois.

● En outre, la même disposition limite à douze mois la durée moyenne annuelle pondérée des emprunts de l'Acoss. L'introduction de cette limite constitue une novation dans la mesure où la rédaction actuelle de l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale ne prévoit pas de plafond spécifique pour la durée moyenne de ces créances. Cette limitation vise à préserver la perspective d'un remboursement rapide des passifs de l'Acoss afin de prévenir le risque de pérennisation de l'endettement social.

La notion de durée moyenne annuelle pondérée n'est pas définie dans le dispositif de l'article. L'annexe 9 précise néanmoins que celle-ci doit être entendue comme « *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*

(1) Ces titres de moyen terme sont appelés « NeuMTN ».

moyennes journalières pondérées des emprunts de l'Acoss calculée pour une année glissante. » ⁽¹⁾

2. Cette disposition paraît de nature à sécuriser les conditions de financement de l'Acoss mais ne résout pas la question du possible amortissement des déficits cumulés qui pèsent sur sa trésorerie

Si l'incidence financière de la mesure n'est pas évaluée, celle-ci devrait permettre à l'Acoss de diversifier les types de créances auxquelles elle recourt et pourrait ainsi améliorer les conditions de financement des déficits de la sécurité sociale auprès des marchés.

Le rapporteur général note cependant qu'en l'absence de reprise de dette, les déficits des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que ceux de la CNRACL continueront de peser sur la trésorerie de l'Acoss au cours des prochaines années, bien au-delà de 2025.

II. LES PLAFONDS D'EMPRUNT DE L'ACOSS ET DE LA CNRACL SERAIENT RELEVÉS POUR FAIRE FACE À DES DÉFICITS CROISSANTS

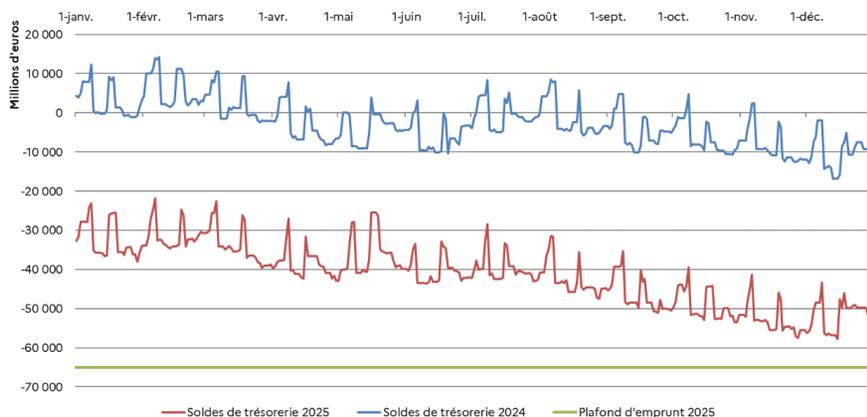
A. L'ACOSS SERAIT AUTORISÉE À EMPRUNTER 65 MILLIARDS D'EUROS

● Pour faire face aux variations du profil de sa trésorerie et lui permettre de refinancer les déficits du régime général et ceux des autres régimes auxquels elle consent des avances, l'Acoss serait habilitée à souscrire des emprunts d'un encours total de 65 milliards d'euros, contre 45 milliards d'euros les deux années précédentes.

La comparaison de l'évolution prévisionnelle de la trésorerie de l'Acoss en 2024 et en 2025 fait apparaître cette augmentation de son besoin de financement.

(1) Annexe 9, p. 78.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE L'ACOSS EN 2024 ET 2025



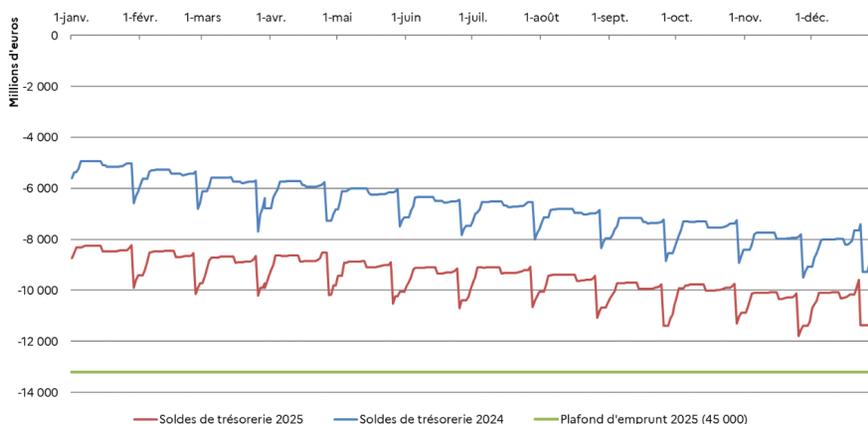
Source : annexe 3 du PLFSS 2025, p. 55.

B. LE PLAFOND D'EMPRUNT DE LA CNRACL SERAIT DE NOUVEAU RELEVÉ MALGRÉ LES EFFETS ATTENDUS DES MESURES DE REDRESSEMENT ANNONCÉES

• Après une période de redressement favorisée par les mesures mises en place entre 2013 et 2019, la CNRACL est de nouveau déficitaire depuis 2019. Cette situation résulte d'une nouvelle dégradation de sa situation financière.

Aussi, en 2025, le régime connaîtrait un solde moyen de – 9,5 milliards d'euros contre – 7,2 milliards d'euros.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CNRACL EN 2024 ET 2025



Source : annexe 3 du PLFSS 2025, p. 59.

- Cette situation conduit le régime à solliciter une habilitation à emprunter un encours pouvant atteindre 13,2 milliards d’euros, soit 2,2 milliards d’euros de plus qu’en 2024 et 5,7 milliards d’euros de plus que l’année précédente.

III. LA CANSSM ET LA CPRP SNCF SONT CONFRONTÉES À DES PROBLÈMES DE TRÉSORERIE RÉCURRENTS LIÉS À DES RÈGLES SPÉCIFIQUES

- Dès 2008, correspondant à sa première année de fonctionnement après sa création en 2007, la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) a été autorisée par la loi de financement de l’année à recourir à des ressources non permanentes pour couvrir les besoins de trésorerie du régime de retraite.

Au cours de ses premières années de fonctionnement, le profil de trésorerie de la CPRP SNCF était caractérisé par un décalage entre, d’une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés au premier jour ouvré du trimestre, et, d’autre part, le rythme des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l’État, nécessitant ainsi un recours à l’emprunt auprès d’établissements bancaires.

Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° 2011-1925 du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, ce dispositif ayant été reconduit de 2013 à 2015.

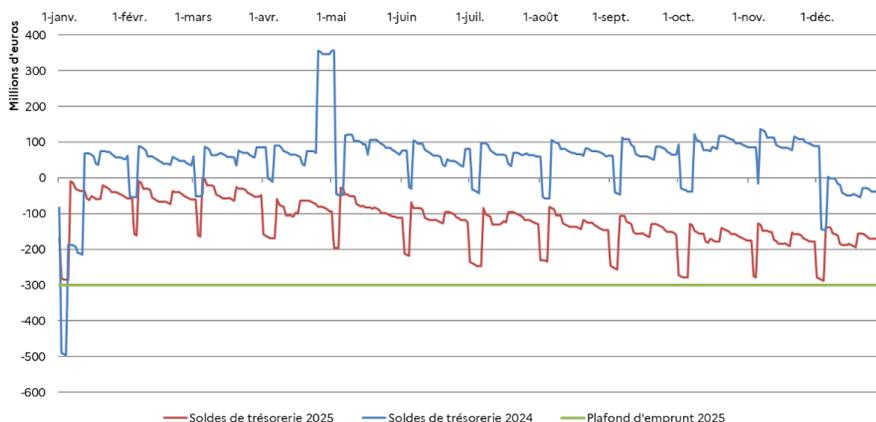
Depuis le mois de janvier 2016, en application du décret n° 2016-539 du 15 mai 2015, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En outre, conformément au schéma de financement des régimes de retraite mis en extinction instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, l’équilibrage de la CPRP SNCF sera assuré au moyen de dotations de la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav), ce qui aura pour effet de réduire les besoins de financement de ce régime par rapport aux exercices précédents.

Aussi, en 2025, le solde moyen de trésorerie sur l’année est prévu à – 122,17 millions d’euros, avec un point bas à – 288,05 millions d’euros, contre – 593,9 millions d’euros pour l’exercice en cours.

Le présent article prévoit ainsi un plafond d’emprunt unique de 300 millions d’euros toute la durée de l’exercice au lieu de deux plafonds s’appliquant à des périodes distinctes de l’année 2024, lesquels étaient respectivement de 595 millions d’euros et de 350 millions d’euros.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CPRP SNCF EN 2024 ET 2025



Source : annexe 3 du PLFSS 2025, p. 58.

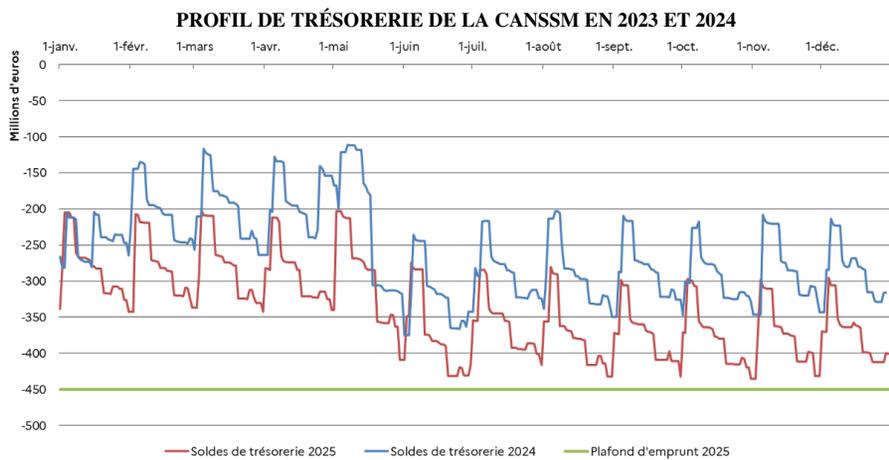
● La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), chargée d’assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement depuis qu’elle a commencé d’accumuler des résultats déficitaires. Ces derniers, en conduisant à réduire les réserves de la caisse, ont limité sa capacité à couvrir ses besoins de financement, qui étaient auparavant pris en charge en mobilisant celles-ci.

Les recettes de la caisse sont constituées à plus de 90 % par des ressources externes : dotation d’équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée « vieillesse », et subvention de l’État pour le risque vieillesse – laquelle sera remplacée à compter de 2025 par une dotation d’équilibre versée par la Cnav.

Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d’emprunt accordées à la caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l’exercice 2025, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de – 338,2 millions d’euros, en baisse significative par rapport à 2023. Le point bas serait à – 435,22 millions d’euros. Le présent article propose d’habiliter la CANSSM à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 450 millions d’euros, soit un niveau identique à celui du plafond prévu par les deux précédentes lois de financement.

Le besoin du régime en ressources non permanentes continuerait à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l’Acoss, dans le cadre de l’intégration financière de la branche maladie, prévue par l’article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.



Source : annexe 3 du PLFSS 2025, p. 57.

*

* *

Article 14

Approbation de l'annexe pluriannuelle dite « annexe A »

L'article 14 porte approbation du « rapport figurant en annexe A », qui présente les trajectoires, sur les quatre prochaines années, des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, mécaniquement, leurs soldes.

Ce rapport intègre, comme l'impose le cadre organique issu de la loi organique du 14 mars 2022, un « compteur des écarts » en dépenses permettant de vérifier la tenue des engagements pris dans la loi de programmation pour les finances publiques. Il présente enfin la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle, également pour quatre ans, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Le contenu du rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année répond aux prescriptions de l'article L. O. 111-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi organique du 14 mars 2022 ⁽¹⁾.

I. APRÈS UN RÉTABLISSEMENT AU SORTIR DE LA CRISE SANITAIRE, LE SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES SE STABILISERAIT À UN NIVEAU ÉLEVÉ À HORIZON 2028

1. L'écart par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

Le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 faisait état d'une prévision de dégradation du solde des régimes obligatoires à compter de 2024. Le niveau des déficits attendus pour 2023 et 2024 avait toutefois été mal anticipé ⁽²⁾, à tel point que le déficit réel de l'année 2024, attendu à 18 milliards d'euros, devrait être supérieur à celui projeté pour l'année 2027. Cet effet de base semble toutefois compensé par les mesures proposées dans le présent projet de loi de financement et qui ont un effet positif durable sur le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

(1) « Le projet de loi de financement de l'année est accompagné d'un rapport décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, 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. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Le rapport précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les facteurs concourant à l'évolution tendancielle de cet objectif ainsi que l'impact attendu des mesures nouvelles.

En outre, ce rapport présente, pour chacun des exercices de la période de programmation de la loi de programmation des finances publiques en vigueur, les écarts cumulés entre, d'une part, les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement qui figurent dans cette même loi et, d'autre part, les objectifs de dépenses décrits dans ce rapport.

Le rapport précise les raisons et hypothèses expliquant ces écarts ainsi que, le cas échéant, les mesures prévues par le Gouvernement pour les réduire. »

(2) Voir le commentaire de l'article 1^{er}.

En effet, l'annexe A projette un déficit qui, après s'être réduit en 2025 à 16 milliards d'euros, repartirait à la hausse en 2026 (17,7 milliards d'euros), se stabiliserait en 2027 (17,2 milliards d'euros) avant de se dégrader à nouveau en 2028 (19,9 milliards d'euros).

COMPARAISON DES TRAJECTOIRES PRÉVUES EN LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024 ET DANS LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025

(en milliards d'euros)

LFSS 2024	2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	
Recettes	572,5	602,2	631,5	649,6	668,9	688,2	
Dépenses	592,1	610,9	642	665	685,7	705,4	
Solde	- 19,7	- 8,7	- 10,5	- 15,4	- 16,8	- 17,2	
PLFSS 2025	2022	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Recettes	572,5	600	625,3	645,4	663,6	684,3	702,5
Dépenses	592,1	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6	722,4
Solde	- 19,7	- 10,8	- 18	- 16	- 17,7	- 17,2	- 19,9
Écart de solde	0	- 2,1	- 7,5	- 0,6	- 0,9	0	n.a.

Source : annexe A de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

● En 2024, la forte croissance des prestations induite par l'inflation constatée en 2023 et la revalorisation de 5,3 % des prestations sociales sont le principal facteur accélérateur des dépenses. Le ralentissement de la masse salariale (+ 3,2 % contre + 5,7 % en 2023) contribue à l'inverse à freiner l'évolution spontanée des recettes portant sur les revenus d'activité, notamment les cotisations et la contribution sociale généralisée (CSG).

Certaines mesures participent toutefois à améliorer le solde par rapport à son évolution tendancielle, en particulier s'agissant des recettes :

– l'affectation de 0,15 point de CSG à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (+2,6 milliards d'euros) ⁽¹⁾ ;

– le gel des points de sortie des réductions de cotisations employeurs maladies et famille « bandeaux maladie et famille » à leur niveau applicable au 31 décembre 2023 (+ 600 millions d'euros) ;

– l'intégration de la prime de partage de la valeur dans la détermination du taux de la réduction générale dégressive sur les bas salaires (+ 400 millions d'euros) ⁽²⁾ et son assujettissement au forfait social (+ 300 millions d'euros).

(1) Prévues par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la gestion de la dette sociale et à l'autonomie. Cet effet était déjà intégré aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Article 6 du présent projet de loi.

- Le scénario macroéconomique a été révisé, révélant davantage de prudence de la part du Gouvernement quant aux principales hypothèses sous-jacentes au présent projet de loi.

La croissance en volume serait ainsi plus faible sur l'ensemble de la période par rapport aux prévisions de l'année passée, parfois avec des écarts significatifs de plus d'un point (en 2027).

L'inflation ralentirait plus promptement que prévu et rejoindrait quasiment son objectif de long terme (1,75 %) dès 2025. À cet égard, il convient de rappeler que l'incidence sur le solde de ces comptes du reflux progressif de l'inflation, qui passerait de 2 % en 2024 à 1,8 % en 2025 et 1,75 % au-delà, est la résultante d'effets distincts et de sens opposés, qui portent respectivement sur les recettes et les dépenses, et relèvent de temporalités différentes :

- d'une part, le ralentissement de la hausse des prix entraîne, à brève échéance, une diminution du taux de croissance des recettes ;

- d'autre part, la baisse de l'inflation ne provoque un ralentissement de l'augmentation des dépenses qu'avec un délai de l'ordre d'un an qui tient, notamment, au rythme des revalorisations automatiques de prestations.

Les principaux déterminants du scénario macro-économique qui sous-tend ces prévisions figurent dans le tableau suivant.

**PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACRO-ÉCONOMIQUES QUI SOUS-TENDENT
LES ÉVOLUTIONS PRÉVISIONNELLES DÉCRITES DANS L'ANNEXE A (2022-2027)**

LFSS 2024	2022	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2024							
PIB en volume	2,5 %	1,0 %	1,4 %	1,7 %	1,7 %	2,8 %	
Masse salariale du secteur privé*	8,7 %	6,3 %	3,9 %	3,4 %	3,4 %	3,4 %	
Inflation hors tabac	5,3 %	4,8 %	2,5 %	2,0 %	1,75 %	1,75 %	
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025							
PIB en volume	2,5 %	0,9 %	1,1 %	1,1 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %
Masse salariale du secteur privé*	8,7 %	5,7 %	3,2 %	2,8 %	3,1 %	3,4 %	3,4 %
Inflation hors tabac	5,3 %	4,8 %	2,0 %	1,8 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %

* Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée.

Source : annexes A du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

On peut toutefois s'interroger sur le caractère réaliste de ces prévisions. Comme le rappelle le Haut Conseil des finances publiques dans son avis sur les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2025, « la prévision de croissance pour 2025 (1,1 %) apparaît en premier lieu un peu élevée compte tenu de l'orientation restrictive du scénario de finances publiques associé, qui se traduit notamment par un repli de la demande publique et des mesures de hausse des prélèvements obligatoires atteignant un point de PIB. Pour compenser cet impact restrictif, la prévision de croissance pour 2025 retient des hypothèses favorables sur le commerce mondial, l'investissement des entreprises et la baisse du taux d'épargne des ménages, qui correspondraient à une nette accélération de l'activité sans ajustement budgétaire ».

Selon l'Observatoire français des conjonctures économiques, la croissance de l'économie française pourrait être inférieure aux prévisions du Gouvernement (0,8 %), du fait de l'ampleur des mesures de redressement qui diminueraient la croissance spontanée de 0,8 point de produit intérieur brut (PIB) et ce, malgré des effets positifs liés à l'assouplissement de la politique monétaire de la Banque centrale européenne (+ 0,4 point de PIB) ⁽¹⁾.

Par ailleurs, il convient de rappeler que, en application du troisième alinéa de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, le rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte désormais un « compteur des écarts », à savoir une présentation du respect de la trajectoire de dépenses tracée par

(1) OFCE, « La croissance à l'épreuve du redressement budgétaire, perspectives 2024-2025 pour l'économie française », Policy brief, n° 137, 16 octobre 2024.

la loi de programmation des finances publiques en vigueur. À titre d'exemple, la loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027⁽¹⁾ prévoit au II de son article 18 une évolution des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement – le FSV – ne pouvant excéder les montants qui figurent dans le tableau ci-après.

ÉVOLUTION DES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR LE CHAMP « ROBSS + FSV » (2023-2027)

Robss + FSV	2023	2024	2025	2026	2027
En % du produit intérieur brut	21,7	21,9	21,9	21,9	21,8
En milliards d'euros courants	610,9	641,8	665,2	685,8	705,4

Source : projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

L'exercice 2024 est donc le premier à comporter un tel écart des compteurs. L'analyse de ces écarts fait apparaître des constats divergents. L'année 2024 se distingue par le non-respect des plafonds inscrits en loi de programmation des finances publiques. Cet écart d'1,6 milliard d'euros reflète essentiellement la révision à la hausse de l'Ondam prévue par l'article 2 de présent projet de loi de financement.

Dès 2025, l'effet de base négatif du réalisé 2024 serait plus que compensé par une maîtrise de l'Ondam (+ 2,8 % contre + 3 % inscrit en loi de programmation des finances publiques). Surtout, l'effet du décalage de la date de revalorisation des pensions conduirait à des moindres dépenses de l'ordre de 4 milliards d'euros par rapport aux prévisions de la loi de programmation des finances publiques. Cette mesure produirait les mêmes effets sur le reste de la période.

La révision à la baisse des prévisions d'inflation exercerait également un effet de maîtrise sur la revalorisation des prestations légales de nature à conforter le respect des plafonds de dépenses inscrits dans la loi de programmation des finances publiques sur l'ensemble de la période.

RÉVISION DES DÉPENSES ENTRE LA LOI DE PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES ET LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (ÉCART DES COMPTEURS)

(en milliards d'euros)

	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 PLFSS 2025 (2)	610,7	643,4	661,5	681,4	701,6
Écarts (2) – (1)	- 0,2	1,6	- 3,7	- 4,4	- 3,9

Source : annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

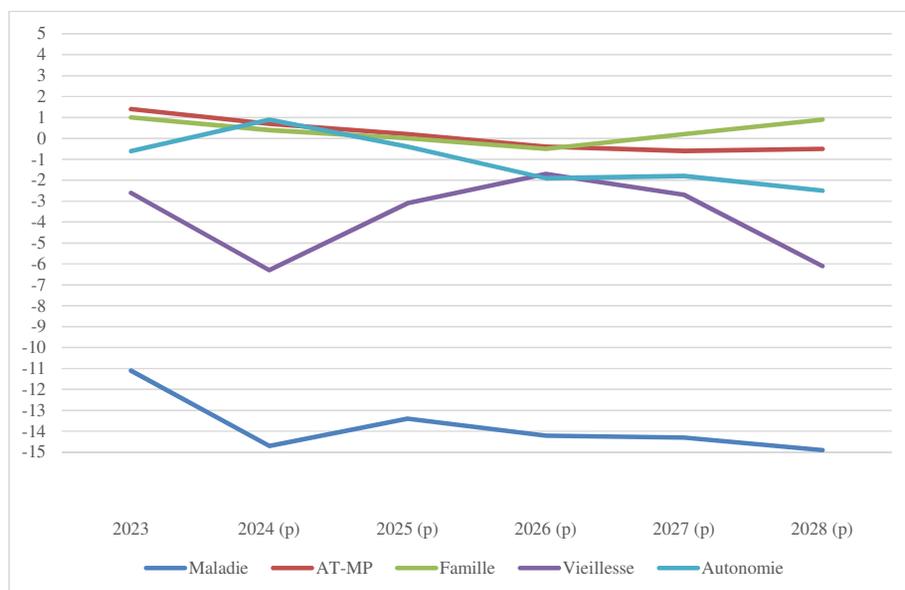
La trajectoire sous-jacente au présent projet de loi de financement conduirait ainsi à des dépenses moindres de l'ordre de 10,6 milliards d'euros en cumulé.

(1) Loi n° 2023-11195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

II. LES TRAJECTOIRES DES BRANCHES SERAIENT CONTRASTÉES, LE DÉFICIT DES COMPTES SOCIAUX RÉSULTANT DES BRANCHES MALADIE ET VIEILLESSE

Par rapport aux résultats constatés en 2023, les branches autonomie, famille et accidents du travail et maladies professionnelles verraient globalement leur solde se dégrader sur la période de référence. En 2028, les branches AT-MP et autonomie deviendraient même contributrices au déficit, certes à un niveau moindre que les branches maladie et vieillesse dont la trajectoire traduit au mieux une stabilité (maladie), voire une dégradation (vieillesse).

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DU SOLDE DES ROBSS (2023-2028)



Source : annexe A du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

A. LES BRANCHES AUTONOMIE, FAMILLE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES, AUPARAVANT EXCÉDENTAIRES, SE DÉGRADERAIENT À L'HORIZON 2028

● La branche **famille** verrait son excédent se réduire de moitié en 2024 : il s'élèverait alors à 0,4 milliard d'euros contre 1,4 milliard d'euros en 2023. En 2025, le solde de la branche se dégraderait sous l'effet de la mise en œuvre des objectifs poursuivis en matière de petite enfance. En 2025, la réforme du complément de libre choix de mode de garde (CMG), prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ⁽¹⁾, entraînerait une nouvelle diminution du solde vers un résultat nul. La branche famille serait même temporairement déficitaire en 2026 à hauteur de 0,5 milliard d'euros. Toutefois, l'excédent se reconstituerait pour atteindre 0,9 milliard d'euros en 2028.

(1) Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

● Après avoir renoué avec les excédents en 2024 (+ 0,9 milliard d’euros), aidée en cela par l’attribution de 2,6 milliards d’euros de CSG supplémentaire, la branche **autonomie** serait à nouveau en déficit dès l’année 2025 (– 0,4 milliard d’euros). Son solde continuerait sa dégradation du fait de la création de 50 000 postes en Ehpad d’ici 2030 et de la mise en place, à ce même horizon, de 50 000 nouvelles solutions pour les personnes en situation de handicap et leurs proches. La branche est également sollicitée pour le financement de l’assurance vieillesse des aidants (AVA) créée par la réforme des retraites de 2023 et par le financement de l’intégration d’une partie des périodes de congés de proches aidants dans la durée cotisée prise en compte pour l’éligibilité à certains dispositifs de retraite. En 2028, la branche présenterait un déficit de 2,5 milliards d’euros. Ceci alerte sur les besoins de financement en faveur de l’autonomie de nos aînés et de nos concitoyens en situation de handicap.

● La branche **accidents du travail et maladies professionnelles** (AT-MP) verrait son excédent divisé par deux en 2024 (0,7 milliard d’euros). Les projections à l’horizon 2028 laisse apparaître qu’elle renouerait avec les déficits dès 2026, sous l’effet de l’ajustement du transfert qu’elle consent à l’assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, transfert dont le montant sera progressivement relevé de 1,2 milliard d’euros à 2 milliards d’euros d’ici 2027. La branche AT-MP assumerait en outre de nouvelles dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité et de l’usure professionnelle, en particulier le financement du fonds d’investissement pour la prévention de l’usure professionnelle, et le coût lié à l’indemnisation de l’incapacité permanente en cas de faute inexcusable de l’employeur ⁽¹⁾.

B. À MOYEN TERME, LES DÉFICITS DES BRANCHES MALADIE ET VIEILLESSE CONTINUERAIENT DE PESER SUR L’ÉQUILIBRE DES COMPTES SOCIAUX

● Alors que la **branche maladie** avait retrouvé un solde proche de l’équilibre avant la crise sanitaire (– 1,5 milliard d’euros en 2019), son déficit se stabiliserait autour de 14 milliards d’euros sur la période de référence pour atteindre 14,9 milliards d’euros en 2028.

En outre, l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (Ondam) connaîtrait une stabilité de son taux de croissance. Après une augmentation de 3,3 % en 2024, son montant progresserait de 2,8 % en 2025 et de 2,9 % par an ensuite. Ces prévisions tiennent compte de la rectification de l’Ondam, prévue à l’article 2 du présent projet de loi, à hauteur de 1,2 milliard d’euros, qui reflète une progression plus dynamique qu’anticipé des dépenses de soins de ville, en particulier au titre des indemnités journalières et des actes des médecins spécialistes. Elle intègre en outre un coût prévisionnel de 0,3 milliard de dépenses supplémentaires identifiées au titre de la gestion du covid-19.

(1) Article 24 du présent projet de loi de financement.

Les mesures nouvelles prévues par le présent projet de loi de financement conduisent à limiter la croissance de l’Ondam lors de l’exercice à venir à hauteur d’1,9 point, par rapport au tendanciel qui se traduirait par une hausse de 4,7 %, tirée en partie par les effets de la nouvelle convention médicale signée en juin 2024 et de la hausse du taux des cotisations dues par les employeurs à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).

VARIATION DE L’ONDAM HORS DÉPENSES DE CRISE (2023-2028)

2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
0,3 % ^(a)	3,3 %	2,8 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

Note : les dépenses supplémentaires liées à la mise en œuvre du Ségur de la santé sont prises en compte dans cette présentation.

(a) y compris dépenses de crise sanitaire, lesquelles ont chuté de plus de 10 milliards en 2022 à 1,1 milliard en 2023. Sans prise en compte de ces dépenses, l’Ondam a progressé de 4,8 % en 2023.

Source : annexe A du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

- La réforme des retraites issue de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 précitée améliore les perspectives de solde de la **branche vieillesse** de 6,3 milliards d’euros à l’horizon 2027. Par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, la nouvelle trajectoire intègre plusieurs mesures inscrites dans le présent projet de loi de financement aux effets pérennes sur le solde de la branche :

- les hausses de taux de cotisations dues à la CNRACL par les employeurs territoriaux et hospitaliers à hauteur de 4 points par an sur la période 2025-2027 (environ 2,3 milliards d’euros de recettes supplémentaires dès 2025) ;

- le décalage de la date de revalorisation des pensions de retraite du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet (2,9 milliards d’euros de moindres dépenses en 2025 puis 3 milliards d’euros par an à compter de 2026).

Le solde de l’ensemble formé des régimes obligatoires de base vieillesse et du FSV serait alors proche de l’équilibre en 2027 (– 0,8 milliard d’euros), en très nette amélioration par rapport à la prévision de la dernière loi de financement (– 11,2 milliards d’euros de déficit étaient alors attendus). En 2028 toutefois, le déficit des régimes de la branche repartirait à la hausse sous l’effet de l’arrêt de la montée en charge du taux de cotisations à la CNRACL (– 6,1 milliards d’euros), effet qui ne serait qu’imparfaitement compensé par l’accroissement des excédents du FSV (+ 3,1 milliards d’euros). À la fin de la période de prévision, le déficit de la branche vieillesse et du FSV s’établirait ainsi à 3 milliards d’euros.

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**

L'article 15 pose un cadre légal contraignant pour les négociations conventionnelles avec les biologistes médicaux et les radiologues, en vue de conclure des protocoles de maîtrise des dépenses.

Il y a un enjeu particulier à maîtriser l'évolution de ces dépenses qui pèsent dans les remboursements d'assurance maladie en ville et sont spontanément orientées à la hausse, principalement en raison d'un effet volume.

Si les dépenses de biologie médicale ont été dans l'ensemble bien contenues depuis 2014 grâce à l'application d'accords prix-volume conclus avec la profession, la crise sanitaire a marqué une rupture. Quant aux dépenses d'imagerie médicale, leur croissance s'accélère sans qu'aucun protocole n'ait pu être négocié depuis 2020.

L'article 15 fixe un cadre temporel contraignant pour les négociations conventionnelles. Il permettra au Gouvernement et à l'assurance maladie de pratiquer des baisses de tarifs unilatérales si cette négociation n'a pas abouti en temps voulu ou si les objectifs qu'elle a fixés ne sont pas atteints. S'agissant de l'imagerie médicale, ces baisses tarifaires pourront avoir lieu dès 2025, à hauteur de 300 millions d'euros, faute d'accord suffisamment ambitieux conclu avant le 31 mars prochain.

I. LA SITUATION ACTUELLE

La croissance des dépenses d'assurance maladie en ville a été très dynamique au cours des deux dernières années, en particulier dans certains secteurs relevant du champ conventionnel, à l'image de la biologie et de l'imagerie médicales. Pour ces deux secteurs, la logique conventionnelle peut parfois faire obstacle à la nécessité à laquelle la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) se trouve confrontée de réguler l'évolution des dépenses pour tenir dans l'enveloppe fixée par l'Ondam.

A. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

1. Un secteur caractérisé par une concentration financière importante et une rentabilité élevée

a. Une concentration et une financiarisation très importantes du secteur depuis 2010

Le secteur de la biologie médicale se distingue par **une concentration et une financiarisation très importantes**, bien illustrées par un récent rapport de la commission des affaires sociales du Sénat ⁽¹⁾.

Selon les données de la Cnam, le nombre de structures juridiques régissant le réseau de la biologie médicale en France est passé de 2625 en 2009 à 377 en 2021, année où **les six plus grands groupes de biologie privée détenaient à eux seuls 62 % des sites** de biologie médicale (cf. diagramme ci-dessous).

Les laboratoires constituant ces groupes sont exploités sous forme de **sociétés d'exercice libéral (SEL)**. La loi du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale ⁽²⁾ a, en vain, cherché à maîtriser la financiarisation du secteur en imposant que plus de 50 % du capital social et des droits de vote des SEL de biologistes médicaux soient détenus par des professionnels exerçant dans la SEL.

Comme l'a souligné la Cnam dans le cadre des auditions conduites par la mission d'information sénatoriale précitée, cette loi n'a pas empêché l'entrée au capital d'investisseurs extérieurs, notamment de fonds d'investissement, qui ont réussi à conquérir le contrôle effectif des groupes par le biais de divers instruments :

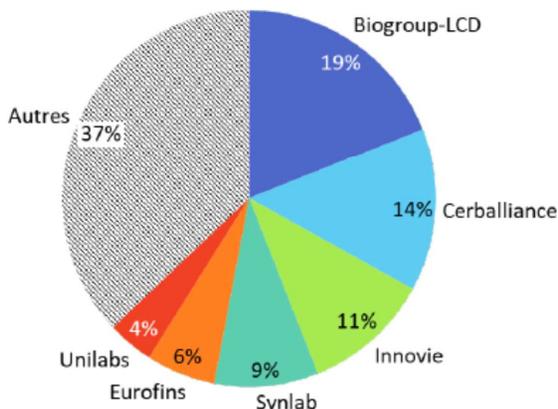
« Les pactes d'actionnaires, les actions préférentielles, les obligations convertibles et d'autres mécanismes financiers sont utilisées pour contourner les règles qui s'imposent aux SEL. En façade, ce sont bien des professionnels de santé qui restent propriétaires de leur outil de travail mais, avec tous ces outils, on décorrèle totalement les droits financiers et donc le véritable contrôle de ces SEL. »

(1) Rapport d'information sur la financiarisation de l'offre de soins fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, Mme Corinne Imbert, M. Bernard Jomier et M. Olivier Henno, 25 septembre 2024.

(2) Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

Parts respectives des six grands groupes de biologie médicale dans les sites de biologie en France en 2021

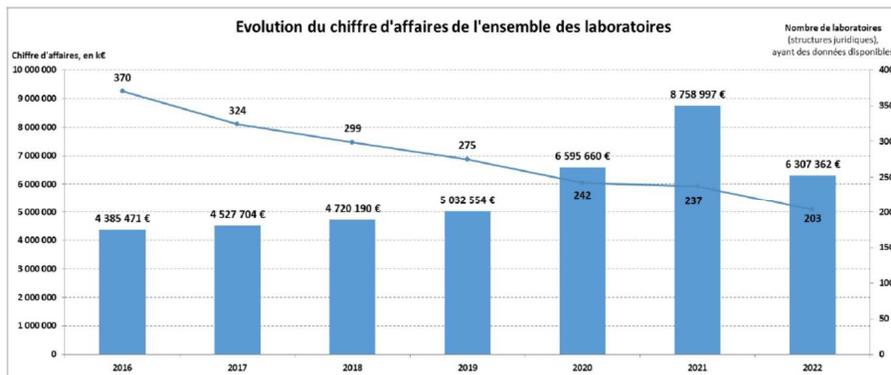
(en pourcentage)



Source : rapport d'information sur la financiarisation de l'accès aux soins, commission des affaires sociales du Sénat, 2024.

Il convient de noter que ce mouvement de concentration a accompagné une forte hausse des volumes d'actes de biologie médicale, ainsi qu'une augmentation substantielle du chiffre d'affaires du secteur.

CONCENTRATION ET ÉVOLUTION DU CHIFFRE D'AFFAIRES DU SECTEUR DE LA BIOLOGIE MÉDICALE



Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2024, juillet 2024.

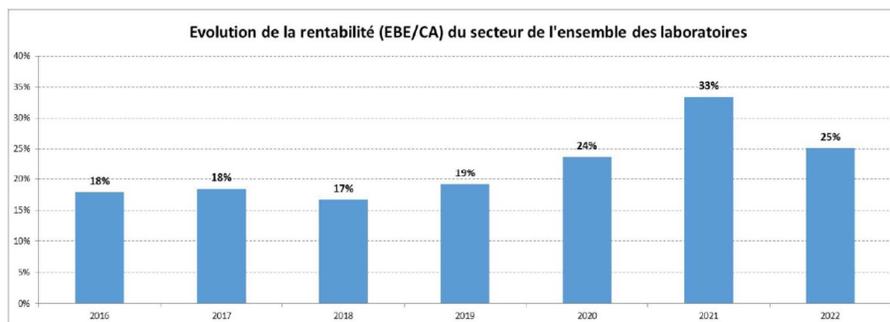
Il faut souligner que la concentration financière du secteur de la biologie médicale est en partie **la résultante des politiques publiques qui ont été conduites**. En effet, la régulation tarifaire mise en place (*cf. infra*) a incité les laboratoires à rechercher des gains de productivité, tandis que l'obligation d'accréditation instaurée en 2010 a posé des exigences en termes de qualité que nombre de petits laboratoires indépendants n'étaient pas en mesure de relever seuls.

L'impact de cette concentration financière sur l'offre et les dépenses de biologie médicale reste à apprécier dans la durée. À court terme, elle a permis **des gains d'efficacité et une baisse des coûts de production**. En outre, comme le souligne le rapport « Charges et produits » de la Cnam pour 2025 ⁽¹⁾, elle ne s'est pas traduite par une réduction du réseau de laboratoires puisqu'au contraire, le nombre de sites continue à croître, « *passant de 4 266 laboratoires ou sites de prélèvement début janvier 2023 à 4 421 à fin mai 2024* ». Cependant, le rapport précité du Sénat alerte sur **une tendance à la réduction des capacités analytiques de proximité** – des laboratoires se transformant en simples sites de prélèvements, ce qui implique un accroissement des délais pour obtenir les résultats – ainsi qu'à la réduction des horaires d'ouverture.

b. Des niveaux de rentabilité qui se sont envolés avec le covid-19 et demeurent relativement élevés

La rentabilité des laboratoires de biologie médicale, qui était globalement stable **autour de 18 %** auparavant, a connu une brutale accélération avec l'activité de dépistage massif mise en place pendant la pandémie de covid-19. Le chiffre d'affaires global des laboratoires est ainsi passé de 5 milliards d'euros en 2019 à 8,9 milliards en 2021 (cf. graphique ci-avant), tandis que le taux de rentabilité moyen culminait à **33 % en 2021**.

Si les chiffres d'affaires ont retrouvé des niveaux moins élevés en sortie de période Covid (6,3 milliards d'euros en 2022), le rapport « Charges et produits » de la Cnam ⁽²⁾ souligne que la biologie médicale demeure « *un secteur très profitable, les taux de marge atteignant des niveaux élevés, d'autant plus que le chiffre d'affaires est important, y compris en neutralisant les effets liés à la période Covid-19* ». Il note également que la régulation des tarifs (cf. *infra*) opérée depuis plusieurs années « *n'affecte que peu la rentabilité des laboratoires* », dont le taux de rentabilité **se maintient en 2022 aux alentours de 25 %**.



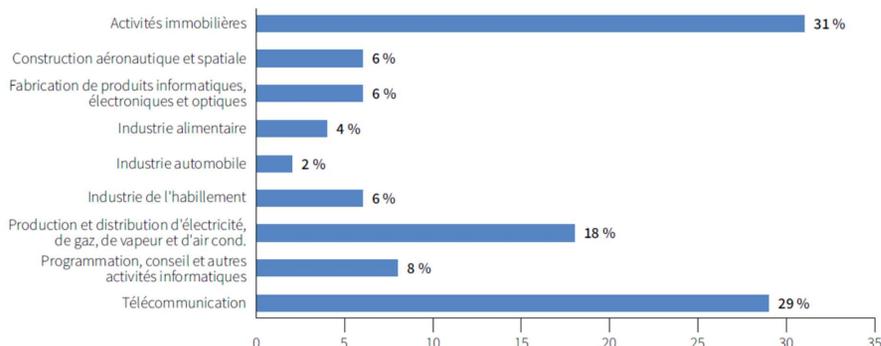
Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2025, juillet 2024.

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2025 », Cnam, juillet 2024.

(2) Ibid.

Le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2023 ⁽¹⁾ soulignait le caractère assez inédit de ce niveau de rentabilité, si on le compare à celui des autres secteurs de l'économie. En 2019 – avant même la crise sanitaire – seuls l'immobilier et les télécommunications s'avéraient plus rentables que la biologie médicale.

Rentabilité de différents secteurs d'activité (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires) en 2019



Note de lecture : les entreprises sont classées dans un secteur d'activité selon leur code NAF principal.
Champ : toutes les entreprises ayant un chiffre d'affaires supérieur à 1 000 euros
Source : Diane

Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2023.

Lors de son audition, le directeur général de la Cnam, M. Thomas Fatôme, a admis que la rentabilité des grands groupes était supérieure en moyenne à celle des petits laboratoires indépendants. Il a cependant souligné que ces derniers avaient également un bon niveau de rentabilité ; elle était de l'ordre de 15 % avant la crise sanitaire, pour les laboratoires situés dans le premier quartile en termes de chiffre d'affaires.

Rentabilité financière et répartition des charges selon le chiffre d'affaires (CA) des laboratoires de biologie privés entre 2016 et 2020

En proportion du CA	Ensemble des structures juridiques			Inférieur au 1 ^{er} quartile de CA			Entre le 1 ^{er} et le 2 ^e quartile de CA			Entre le 2 ^e et le 3 ^e quartile de CA			Supérieur au 3 ^e quartile de CA		
	2020	2019	2016	2020	2019	2016	2020	2019	2016	2020	2019	2016	2020	2019	2016
Excédent brut d'exploitation ^(a) (EBE)	23 %	19 %	18 %	18 %	15 %	12 %	22 %	18 %	16 %	26 %	20 %	18 %	23 %	20 %	19 %
Achats marchandises et autres approvisionnements	18 %	12 %	14 %	15 %	15 %	16 %	16 %	14 %	14 %	17 %	12 %	14 %	20 %	12 %	13 %
Charges de personnel	30 %	38 %	40 %	33 %	41 %	43 %	31 %	38 %	43 %	30 %	39 %	41 %	29 %	38 %	39 %
Autres achats et charges externes	27 %	27 %	24 %	31 %	26 %	26 %	30 %	26 %	23 %	26 %	25 %	24 %	27 %	27 %	25 %

(a) L'excédent brut d'exploitation est un indicateur de rentabilité de l'entreprise. Il représente le surplus dégagé par l'entreprise après rémunération des impôts (à l'exception de l'impôt sur les sociétés) et du travail

Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2023.

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 », Cnam, juillet 2022.

c. Des dépenses qui restent dynamiques en sortie de crise sanitaire

Au total, le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale paru en mai dernier ⁽¹⁾ fait état **d'une progression de 2,2 % des dépenses de biologie médicale** hors covid en 2023, « *supérieure à l'augmentation de 0,8 % par an observée sur la période entre 2019 et 2023 et à celle observée entre 2015 et 2019 (+ 1,4 % par an)* », principalement due à **un effet volume (+ 7,6 % en 2023)**. Ces dépenses atteignent ainsi **3,639 milliards d'euros en 2023**, ce qui représente néanmoins une nette réduction par rapport à 2022 (5,064 milliards d'euros) en raison de la disparition des dépenses liées au covid-19. En 2024, les prévisions présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾ font état d'une progression des dépenses hors covid contenue à **0,9 %**, en dépit d'un effet volume important (+ 5,5 %), du fait des mesures de régulation mises en place (*cf. infra*).

2. Des accords ont été négociés depuis 2014 pour contenir la hausse des dépenses

a. Des protocoles triennaux ont mis en place une régulation prix-volume à compter de 2014

Face à l'évolution toujours croissante du volume d'examen biologiques pratiqués, ont été adoptés, à compter de 2014, **des protocoles triennaux** négociés entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats professionnels de biologistes. Ces protocoles, qui ont porté sur les périodes 2014-2016, 2017-2019 et 2020-2022, prévoyaient **des enveloppes financières de dépenses annuelles fixes**, dont l'évolution d'une année sur l'autre était fortement contenue : + 0,25 % en moyenne entre 2014 et 2019.

Cet objectif de maîtrise des dépenses devait être atteint par **des mesures portant à la fois sur le volume d'actes pratiqués et sur les tarifs de ces actes**. La maîtrise des volumes reposait sur la mise en place de bonnes pratiques visant à ne pas prescrire d'actes inutiles ou redondants, et sur la révision de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour en supprimer les actes obsolètes. La Cour des comptes a cependant montré ⁽³⁾ que cette action sur les volumes a été d'une efficacité réduite et difficile à apprécier, notamment parce que les leviers d'action n'étaient que très partiellement entre les mains des biologistes, qui ne sont pas les prescripteurs.

La régulation par les tarifs s'est avérée plus décisive sur l'évolution des dépenses. Les protocoles triennaux ont entériné des baisses de cotations sur certains actes. En complément, des baisses ponctuelles de la valeur de la lettre-clé B ont été décidées, en 2016 et en 2018, lorsque les baisses de cotation ne suffisaient pas à assurer le respect de l'enveloppe. Au total, d'après le rapport précité de la Cour des

(1) « *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023 et prévisions 2024* », mai 2024.

(2) « *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025* », octobre 2024.

(3) *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, octobre 2021.*

comptes, ces mesures tarifaires auraient permis des économies annuelles de l'ordre de 136,5 millions d'euros sur la période du premier protocole et de 304,2 millions d'euros sur le deuxième.

La mise en œuvre du troisième protocole a été **fortement perturbée par la crise sanitaire**. À cette occasion, les objectifs de régulation ont été laissés de côté, tandis que les dépenses d'assurance maladie « hors protocole » ont crû très fortement, jusqu'à représenter 50 % des dépenses de biologie médicale.

b. Un premier bras de fer avec les biologistes en 2022-2023...

En sortie de crise sanitaire, les laboratoires de biologie médicale se trouvaient incontestablement dans une situation financière favorable, illustrée par les graphiques ci-dessus. L'assurance maladie a alors cherché à engager une négociation avec les biologistes pour conclure un nouveau protocole pluriannuel qui entérinerait une baisse des tarifs.

Afin de garantir l'aboutissement rapide des négociations, le Gouvernement a fait adopter **l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023** ⁽¹⁾, qui autorisait le Gouvernement à décider par arrêté de baisses de tarifs à hauteur de 250 millions d'euros en 2023, faute d'accord conclu avec les représentants du secteur, permettant des économies à ce niveau, avant le 15 janvier 2023.

Après plusieurs mois de bras de fer entre l'assurance maladie et les laboratoires, émaillés par des grèves et par l'arrêt des transmissions des résultats de tests covid dans le SI-DEP (système d'information et de dépistage populationnel), **l'avenant 11 a finalement pu être signé le 10 janvier 2023**. Il prévoit, pour la seule année 2023, des économies à hauteur de 250 millions d'euros, obtenues par une baisse de 1 centime de la valeur de la lettre-clé B – égale à 0,26 euro à compter du 1^{er} février – et par des baisses ciblées de tarif pour un rendement de 45 millions d'euros, ainsi que par des économies sur les actes liés au covid.

c. ... a finalement débouché sur un protocole contenant les dépenses sur la période 2024-2026

Par ailleurs, l'avenant 11 prévoyait l'ouverture d'un nouveau cycle de négociations pour un **accord triennal portant sur les années 2024 à 2026**. Celui-ci a finalement été conclu le **28 juillet 2023**. Il définit une trajectoire de progression des dépenses limitée à **0,4 % par an** entre 2024 et 2026, garantie par des mesures de gestion du risque et des ajustements tarifaires.

En application de ce protocole, **un avenant a été signé le 26 décembre 2023**, qui acte, en compensation d'une augmentation des volumes, et dans le but de rester dans l'enveloppe définie par le protocole, une nouvelle baisse de 1 centime de la lettre-clé B, dont la valeur est établie à 0,25 euro à compter du 15 janvier 2024.

(1) Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

3. Analyse de la situation fin 2024

Lors du comité de suivi du protocole triennal qui s'est tenu en juin 2024, la Cnam a fait état **d'une augmentation des volumes des actes de biologie de 5,5 %** sur une année glissante, bien au-delà de la hausse de 2,5 % prévue en juillet 2023. Soulignant que les actions de maîtrise médicalisée ne permettraient pas d'endiguer cette hausse, la Cnam a annoncé **des baisses de tarifs sur vingt-cinq actes ⁽¹⁾, pour un montant total représentant 120 millions d'euros en 2024**. Elle a souligné que ces mesures découlaient de la mise en œuvre du protocole triennal et ne constituaient pas un effort supplémentaire demandé aux laboratoires.

Cependant, cette annonce a été **fortement contestée par les laboratoires de biologie médicale**. Ceux-ci ont dénoncé les bases de discussions erronées du protocole de 2023, un manque de partage d'informations sur l'évolution des volumes et sur les prévisions initialement faites par la Cnam, ainsi qu'une application « brutale » des baisses de tarifs, alors qu'il aurait été possible de recourir aux ajustements et clauses de sauvegarde prévus par le protocole.

Ils mettent notamment en avant **le dispositif de « régulation des chocs exogènes » ou la « clause de santé publique »**, qui prévoient, face à une augmentation du nombre d'examens liée à un choc exogène ou à des mesures de santé publique, un partage de la charge des dépenses supplémentaires avec l'assurance maladie, qui en assumerait les deux tiers. Les biologistes invoquent, entre autres, à l'appui de l'activation de ces clauses, la recrudescence de certaines infections, comme la coqueluche.

Pour protester contre les baisses de tarifs envisagées, les syndicats ont impulsé **un mouvement de grève** des laboratoires, qui s'est traduit par de nombreuses fermetures entre le 21 et le 23 septembre. Ils ont également appelé à la fermeture des laboratoires à compter du 16 décembre, « *date à laquelle le budget alloué par l'assurance maladie sera épuisé pour l'année 2024* » ⁽²⁾.

Les biologistes estiment que les baisses de tarifs successives appliquées aux examens de biologie médicale sont de nature à fragiliser les laboratoires de taille petite à intermédiaire. Un document réalisé par le syndicat Les Biologistes indépendants évoque jusqu'à 69 % des sites de prélèvements qui pourraient être impactés dans leur fonctionnement, par une fermeture ou par un ajustement des horaires d'ouverture. Selon ce syndicat, l'existence des 407 sites dont le chiffre d'affaires est inférieur à 485 000 euros serait directement menacée.

(1) *Décision du 21 août 2024 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.*

(2) *Selon les termes de M. François Blanchecotte, président du Syndicat des biologistes (SDB).*

B. LES DÉPENSES D'IMAGERIE MÉDICALE

1. La croissance des dépenses d'imagerie médicale s'est accélérée depuis 2021

Selon l'Académie nationale de médecine, **l'imagerie médicale** consiste en l'ensemble des techniques permettant d'obtenir une représentation, soit morphologique, soit fonctionnelle, d'une région anatomique ou d'un organe, dans un but de diagnostic médical ou de surveillance thérapeutique. Elle inclut la radiologie conventionnelle, les scanners, les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire (IRM), les tomographes à émissions de positons (TEP), les échographes...

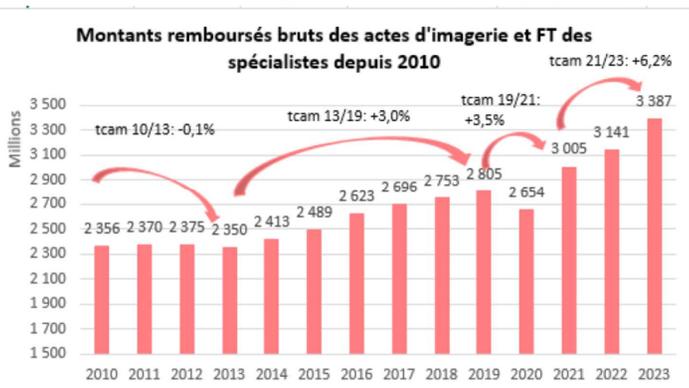
Dans un rapport publié en octobre 2022 ⁽¹⁾, la Cour des comptes soulignait déjà **le poids considérable et le dynamisme croissant des dépenses d'imagerie médicale**, dans un contexte de progrès technique intense et de faible régulation des volumes. **Cette tendance s'est encore accélérée depuis 2021**, comme l'illustre le graphique ci-dessous, extrait du rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2025 ⁽²⁾.

Les remboursements d'assurance maladie du régime général pour les activités d'imagerie médicale du secteur libéral relevant de la classification commune des actes médicaux (CCAM) se sont ainsi élevés à **3,4 milliards d'euros en 2023, dont 1,4 milliard d'euros de forfaits techniques** (cf. encadré ci-après). Comme le souligne la Cnam dans le rapport précité, cela représente **43 % des dépenses des activités relevant de la CCAM, hors activités dentaires**. La Cnam précise également qu'au premier trimestre 2024, la croissance des dépenses d'imagerie médicale a contribué pour 53 % à la croissance des dépenses de cet agrégat. Cette croissance est **essentiellement portée par les volumes d'actes d'imagerie réalisés**. Cette hausse est à mettre en relation avec **l'augmentation rapide du parc d'appareils d'IRM**, dans un contexte où le taux d'équipement de la France a longtemps été inférieur à celui de ses voisins. En 2023, ce taux était de 18,8 pour un million d'habitants, en nette hausse par rapport à 2021, mais en deçà de la moyenne européenne, établie à 20.

(1) *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2021, chapitre IV, Cour des comptes, octobre 2022.*

(2) *Ibid.*

Figure 199 : Montants remboursés des actes d'imagerie et forfaits techniques (FT) depuis 2010, en millions d'euros



Source : rapport « Charges et Produits » de l'assurance maladie pour 2025.

Comme le souligne le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale sur les comptes de 2023 ⁽¹⁾, la croissance des sommes versées au titre des forfaits techniques est particulièrement dynamique, puisque « *les forfaits techniques d'imagerie médicale maintiennent une croissance annuelle de +8 % par an entre 2019 et 2023 (contre +6 % entre 2015 et 2019)* ». Ce point illustre la contribution dominante des examens d'imagerie en coupe (scanner, IRM) à la croissance des dépenses dans ce secteur.

Le poids des forfaits techniques dans les remboursements d'imagerie médicale

Parmi les spécialités médicales, l'imagerie médicale se singularise par le **recours à des équipements particulièrement coûteux**, à l'acquisition mais aussi en termes de frais de fonctionnement (consommables, locaux et personnels non médicaux dédiés, frais de gestion, etc.). C'est en particulier le cas des **équipements d'imagerie lourde** que sont les scanners, les appareils d'IRM ou encore de TEP.

Cette spécificité de l'imagerie médicale a été prise en compte **via l'adoption de modalités de tarification adaptées**. Ainsi, à côté du tarif des actes d'interprétation des examens d'imagerie, qui rémunèrent l'acte « intellectuel » accompli par le radiologue, ont été établis des tarifs destinés à financer les coûts de structure liés au fonctionnement de ces appareils assumés par les exploitants (souvent des cabinets de radiologie ou des établissements de santé).

Ces tarifs constituent les forfaits techniques, versés par l'assurance maladie aux exploitants des équipements d'imagerie. Ces forfaits varient en fonction d'une série de critères : type et gamme de l'équipement, ancienneté, lieu d'installation, volume d'activité (un taux réduit est appliqué au-delà d'un certain seuil d'activité), etc. Ainsi, à l'heure actuelle, le forfait technique associé à un examen de scanographie varie de 36 à 100 euros, tandis qu'il s'échelonne de 28 à 204 euros pour un examen d'IRM ⁽²⁾.

(1) « Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2023 – prévisions 2024 », mai 2024.

(2) Voir l'arrêté du 2 février 2024 modifiant la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

2. Il n'existe pas actuellement de mécanisme de régulation prix-volume des dépenses d'imagerie médicale

a. Plusieurs protocoles pluriannuels ont été mis en œuvre depuis 2011

Dans un premier rapport sur l'imagerie médicale publié en 2016 ⁽¹⁾, la Cour des comptes faisait le point sur les mesures de régulation des dépenses d'imagerie médicales initiées par la Cnam à compter de 2007. Si, avant 2017, des économies ont été réalisées au coup par coup, au moyen de baisses tarifaires, à partir de 2011, elles ont été organisées de manière planifiée dans le cadre de protocoles conclus avec les radiologues.

Ainsi, deux protocoles ont été signés, couvrant les **années 2011-2012**, puis **2013-2015**. Ils prévoyaient des baisses de tarifs pour certains actes (échographie, radiologie conventionnelle, IRM ostéo-articulaire...), des mesures visant à réduire les volumes des actes non justifiés, ainsi que certaines mesures de revalorisation. Au total, sur la période 2011-2015, la Cnam estime que ces protocoles ont permis de réaliser **572 millions d'euros** d'économies, tandis que la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) a chiffré la perte de chiffre d'affaires pour la profession à 902 millions d'euros sur cette période.

La Cour des comptes soulignait cependant, dans le rapport précité, que si les plans d'économies avaient permis de réduire le rythme d'évolution des dépenses d'imagerie médicale à un niveau inférieur à celui de l'Ondam, ils n'avaient pas « empêché ces dépenses de continuer à progresser nettement, alors que certains enjeux – telles les rentes potentiels résultant de forfaits techniques – [n'avaient] pas été traités ». Elle soulignait que ces plans n'avaient ni « compensé ni l'augmentation du recours à l'imagerie ni la hausse du nombre d'actes », ni « développé de vision prospective de l'évolution des dépenses entre les techniques d'imagerie en fonction de leur bénéfice médical ».

En 2016, faute de parvenir à conclure un nouveau protocole prévoyant des mesures d'économies, le Gouvernement a fait adopter **l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017** ⁽²⁾, qui instaurait une procédure de révision des forfaits techniques d'imagerie médicale à la main du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Cette clause a été activée à deux reprises, en 2017 et en 2018, pour un montant total d'économies de l'ordre de 27 millions d'euros sur trois ans.

Un nouveau protocole a finalement été signé en avril 2018, qui fixait un objectif de maîtrise des dépenses sur l'ensemble des actes d'imagerie impliquant des économies à hauteur de 207,1 millions d'euros **sur la période 2018-2020**. En contrepartie du respect de ces engagements, le Gouvernement s'engageait à abroger l'article 99 (cf. *supra*) dans le cadre de projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(1) « L'imagerie médicale, communication à la commission des affaires sociales du Sénat », Cour des comptes, avril 2016.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Cependant, le bilan publié dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2021 ⁽¹⁾ faisait état d'une **réalisation très partielle des objectifs de ce protocole** : si 60 % des objectifs relatifs à la pertinence des actes avaient été atteints en 2018, seuls 30 % l'avaient été en 2019. Dans un nouveau rapport publié en 2022 ⁽²⁾, la Cour des comptes souligne que ces résultats partiels n'ont pas été compensés par des mesures tarifaires.

En conséquence, **les négociations qui avaient été engagées au dernier trimestre 2020** en vue de la conclusion d'un nouveau protocole **se sont enlisées** devant le refus du Gouvernement de procéder à l'abrogation de l'article 99, comme l'attendaient les radiologues.

b. En 2023, le Gouvernement a cherché à rationaliser les forfaits techniques

En sortie de crise sanitaire, en l'absence d'avancées sur la négociation d'un nouveau protocole de régulation des dépenses d'imagerie médicale, le Gouvernement a cherché à avancer sur la question de la détermination du montant des forfaits techniques. Si l'article 99 voté en 2017 (*cf. supra*) permettait théoriquement à l'Uncam de fixer ces montants unilatéralement, en cas d'échec de la négociation, l'assurance maladie butait sur le manque d'informations quant aux coûts réellement supportés par les exploitants d'imagerie médicale.

Pour lever cet obstacle, **l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023** ⁽³⁾ a autorisé l'Uncam à procéder, tous les trois ans, à une étude nationale de ces coûts, fondée sur le recueil des informations nécessaires auprès d'un échantillon de personnes physiques ou morales. Ces dernières ne peuvent pas, sous peine de pénalité financière, invoquer le secret commercial pour refuser de transmettre les informations demandées.

Ce même article a **supprimé les dispositions de l'article 99** susmentionné autorisant le directeur général de l'Uncam à arrêter les montants des forfaits techniques de manière unilatérale. Il a en revanche habilité les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à arrêter ces montants, de manière dérogatoire, avant le 1^{er} juillet 2023.

Dans le même temps, un dialogue a été ouvert avec les radiologues, en vue de **modifier le circuit de distribution des produits de contraste** nécessaires à la réalisation de certains examens d'imagerie. Jusqu'alors, ces produits étaient achetés et remboursés individuellement aux patients, qui venaient à leur examen avec leur produit. Ce circuit était à l'origine de gaspillage et de surcoûts pour la sécurité sociale. Un nouveau circuit de distribution a ainsi été mis en place, reposant sur l'acquisition des produits de contraste par les radiologues directement auprès des industriels.

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, « Éclairage sur les radiologues libéraux », juin 2021.

(2) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2021, chapitre IV, Cour des comptes, octobre 2022.

(3) Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

L'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a entériné cette évolution en permettant la création d'un supplément facturable pour les produits de contraste qui viendrait s'ajouter aux forfaits techniques, dont la date butoir de détermination par les ministères compétents a par ailleurs été repoussée au 1^{er} mars 2024. Dans l'annexe à cette même loi relative aux dépenses de santé, il était estimé que ce nouveau circuit était susceptible de permettre **une économie annuelle de l'ordre de 150 millions d'euros**.

c. Face à l'accélération des dépenses, des appels à la mise en place d'un dispositif de régulation plus efficient

Dans son rapport précité sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2021, la Cour des comptes estimait qu'il fallait « *envisager l'évolution de la régulation des dépenses d'imagerie médicale* », dans un contexte où la croissance de ces dépenses s'accélère, et où les dispositifs de régulation existants apparaissent trop difficiles à mobiliser.

- L'augmentation des dépenses étant essentiellement portée par celle des volumes d'actes, il apparaît prioritaire de travailler sur la pertinence des demandes d'imagerie, comme le souligne la Cnam dans son rapport « Charges et produits » pour 2025 ⁽¹⁾. C'est d'ailleurs un axe important de la convention médicale, signée en juin dernier, qui comporte des engagements réciproques de l'assurance maladie et des médecins pour diminuer les actes d'imagerie redondants, voire inutiles.

- Au-delà, dans le même rapport, la Cnam appelle à la négociation d'un nouveau protocole avec les radiologues couvrant les années 2025 à 2027, « *avec comme objectif de réaliser des économies de l'ordre de 100 millions d'euros par an, et [de] revenir ainsi sur une tendance historique d'évolution de cette dépense* ».

Dans son rapport précité de 2022, la Cour des comptes estimait qu'il faudrait parvenir à instaurer avec les radiologues « *un dispositif de protocole reposant sur une logique prix/volumes et pertinence des actes, [...] assorti d'un dispositif d'ajustements tarifaires* », sur le modèle de celui qui a « *permis de rendre effective la régulation des dépenses de biologie médicale* ».

II. LA MESURE PROPOSÉE

Le présent article vise à **créer un cadre légal contraignant pour les négociations conventionnelles avec les radiologues et les biologistes médicaux**, dans le but de mieux maîtriser l'évolution des dépenses dans ces secteurs (1). Il vise par ailleurs à garantir un montant minimum d'économies sur le champ de l'imagerie médicale dès 2025, même en l'absence de protocole négocié (2).

(1) Op. cit.

1. Encadrer les négociations conventionnelles pour garantir une régulation effective des dépenses de biologie et d'imagerie médicale

Le I du présent article vise à contourner les difficultés récurrentes rencontrées par la Cnam pour parvenir à négocier des protocoles de maîtrise des dépenses avec les représentants des radiologues et des biologistes médicaux. À l'heure actuelle, la capacité de la Cnam à modifier les tarifs des actes pour contenir l'évolution des dépenses, notamment face à un accroissement inattendu des volumes, est limitée, puisque ce n'est possible que dans le cadre conventionnel, avec tous les aléas et délais que cela implique.

● Le I introduit donc **un nouvel article L. 162-12-18 dans le code de la sécurité sociale**, au sein d'une section rebaptisée « accords de pertinence et de maîtrise des dépenses, accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins ».

Cet article pose un cadre législatif aux « accords de pertinence et de maîtrise des dépenses » pouvant être conclus avec les représentants des biologistes médicaux et des radiologues. Il définit en particulier :

– **le contenu de ces accords**, qui comprennent « *un objectif ou une trajectoire de maîtrise des dépenses* », les engagements des partenaires conventionnelles pour en assurer le respect, les modalités de suivi de l'accord et « *les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect* » des objectifs.

– **les modalités d'ouverture de la négociation** : l'initiative en revient à l'Uncam, qui informe les partenaires conventionnels de son intention d'ouvrir la négociation, laquelle se déroulera ensuite conformément aux règles habituelles de la négociation conventionnelle.

– **les mesures pouvant être adoptées en cas de non-respect de l'objectif de maîtrise des dépenses défini au niveau conventionnel** : le directeur général de l'Uncam pourra alors adopter des baisses de tarifs de manière unilatérale. Un décret devra définir les conditions dans lesquelles ce « non-respect » pourra être constaté ;

– **une procédure accélérée** pouvant être activée lorsqu'il s'agit de « concourir au respect de l'Ondam » : dans cette situation, le ministre chargé de la sécurité sociale pourra demander aux partenaires conventionnels de conclure un accord de maîtrise des dépenses dans un délai de quatre mois. À défaut, il pourra adopter des baisses de tarifs par arrêté.

● Au total, ce nouvel article L. 162-12-18 donne les outils nécessaires à l'assurance maladie pour :

– **forcer les partenaires conventionnels à négocier** en temps voulu des accords de maîtrise de dépenses ou, à défaut, pour **adopter de manière unilatérale les baisses de tarifs** jugées nécessaires ;

– **adopter des mesures correctives** (ajustements tarifaires notamment) en cas de non-respect des objectifs fixés par ces accords.

2. Inciter les radiologues à conclure un protocole de maîtrise des dépenses dès 2025

Si la Cnam a d'ores et déjà conclu avec les biologistes un protocole de maîtrise des dépenses contraignant pour les années 2024 à 2026, assorti d'ajustements tarifaires en cas de non-respect des objectifs (*cf.* I), tel n'est pas le cas avec les radiologues, la FNMR s'étant, à plusieurs reprises, prononcée contre toute baisse des tarifs.

Le **II** du présent article vise à **contraindre les radiologues à la négociation d'un tel accord avant le 31 mars 2025**, permettant de réaliser **des économies à hauteur d'au moins 300 millions d'euros sur trois ans**. À défaut, le présent article donne pouvoir au directeur général de l'Uncam pour procéder à des baisses unilatérales des tarifs d'imagerie jusqu'à 300 millions d'euros d'ici au 30 juin 2025.

Ce dispositif n'est pas sans rappeler celui adopté à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 concernant les biologistes médicaux (*cf.* I), qui avait abouti à la conclusion d'un accord de maîtrise de dépenses pour 2023, puis d'un protocole pluriannuel pour les années 2023 à 2025.

3. Analyse de l'impact financier

Le protocole triennal avec les biologistes médicaux couvrant déjà la période 2024-2026, le principal impact financier à court terme de l'article 15 porte sur les dépenses d'imagerie médicale, en garantissant des économies à hauteur de **100 millions d'euros par an sur la période 2025-2027**. Au-delà des périodes couvertes par les protocoles actuels ou imminents, le présent article devrait à **l'avenir faciliter la mise en place de mesures de régulation tarifaire** par la Cnam sur les secteurs de la biologie et de l'imagerie médicale.

*

* *

Article 16

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

L'article 16 prévoit l'extension aux transports sanitaires et à certains examens de biologie et d'imagerie médicales d'un dispositif d'accompagnement à la pertinence des prescriptions issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ce mécanisme repose sur un logiciel d'aide à la prescription permettant de vérifier la conformité de celle-ci aux indications thérapeutiques remboursables, condition incontournable pour que le patient puisse obtenir un remboursement par l'assurance maladie.

Ce dispositif serait étendu à court terme à des examens de biologie médicale présentant un mésusage et un impact financier importants ainsi qu'aux transports sanitaires afin que soit systématiquement prescrit le transport le moins onéreux au regard de l'état du patient.

Les économies provoquées par cette mesure sont estimées à 66 millions d'euros en 2025.

I. LA SITUATION ACTUELLE

1. La pertinence, un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses et la sécurité des soins

La régulation budgétaire mise en œuvre par l'assurance maladie pour maîtriser la croissance des dépenses de santé repose sur deux outils principaux : **la régulation tarifaire**, qui consiste à réduire le tarif des actes remboursés lorsque leur volume augmente pour rester dans les enveloppes prévues, et **les actions en matière de pertinence** qui, à l'inverse, agissent sur les volumes en réduisant le nombre d'actes redondants ou inutiles.

D'après la Haute autorité de santé (HAS), « *qu'il relève d'une démarche diagnostique (imagerie, biologie...) ou thérapeutique (médicament, dispositif médical, intervention chirurgicale...), un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est nécessaire, en phase avec les besoins du patient, et approprié dans son indication. La pertinence des soins permet d'éviter les traitements inadéquats avec des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité. C'est une notion évolutive : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui en raison de l'évolution des techniques ou des connaissances* » ⁽¹⁾.

Le ministère de la santé définit un soin pertinent comme « **le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles** ». Ce « juste soin » est apprécié en fonction des recommandations de la HAS et des sociétés savantes ou, s'agissant des médicaments, en fonction de l'indication thérapeutique remboursable (ITR).

L'amélioration de la pertinence revêt un caractère prioritaire dans une optique de bon usage des ressources et de bon soin pour le patient. Elle est néanmoins **beaucoup plus difficile à mettre en œuvre** que la régulation tarifaire

(1) Site internet de la Haute autorité de santé (HAS).

car elle suppose une action décentralisée auprès de l'ensemble des professionnels de santé et des patients. Elle exige en particulier d'agir sur les prescriptions des médecins, voire des autres professionnels de santé, à l'origine de la « consommation » de différents biens de santé : examens biologiques ou d'imagerie, médicaments et dispositifs médicaux, transports sanitaires en particulier.

2. De nombreux actes, examens et prestations jugés non pertinents

Mme Cécile Courrèges, alors directrice générale de l'offre de soins, estimait en 2019 **qu'entre 25 % et 30 % des actes pratiqués** étaient non pertinents. Dans le cadre de la convention médicale adoptée en juin dernier, l'assurance maladie cible plusieurs mésusages en raison de leur caractère fréquent et massif. Ils concernent diverses catégories de biens de santé.

a. Les médicaments

Dans un contexte où les remboursements de médicaments hors Covid ont connu une forte augmentation entre 2022 et 2023 (+ 6,6 %), provoquée par un effet volume important, l'article L. 61-4 de la convention médicale porte l'engagement d'une conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR) ⁽¹⁾. Elle souligne notamment qu'un tiers des remboursements actuels des médicaments de la **classe des analogues du GLP-1** (par exemple, le Wegovy) se fait hors ITR.

La pertinence médicamenteuse revêt également un enjeu de lutte contre l'antibiorésistance. En 2021, la France était encore au cinquième rang continental en matière de **consommation d'antibiotiques** avec une utilisation de 30 % supérieure à la moyenne européenne. La convention fixe un objectif de réduction de 25 % de leur consommation d'ici à 2027, à travers un strict respect des recommandations de la HAS et un principe de sobriété des prescriptions – ordonnances conditionnelles, utilisation préalable de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod).

La convention assigne enfin un objectif de réduction du volume remboursé **d'antalgiques de paliers 2 et 3** (à base d'opioïdes), de 10 % dès 2025 pour les antalgiques de palier 2, une utilisation raisonnée apparaissant nécessaire au regard des risques d'intoxication et de dépendance induits.

(1) *La convention médicale rappelle à ce titre la différence entre l'ITR et l'autorisation de mise sur la place d'un produit* : « En vue de son admission au remboursement, le médicament est évalué par la HAS qui se positionne sur l'intérêt thérapeutique du produit au regard des alternatives thérapeutiques et sa place dans la stratégie thérapeutique. On parle d'ITR. Il peut y avoir une différence entre l'AMM d'un produit et ses ITR dès lors que l'évaluation menée par la HAS restreint les indications du produit compte-tenu des résultats des études menées et des alternatives. Dans tous les cas, c'est le champ couvert par l'ITR qui donne accès au remboursement et non le champ couvert par l'AMM. »

b. Les dispositifs médicaux

La convention médicale souligne un mésusage important de plusieurs dispositifs médicaux dits « du quotidien » dans un contexte où le volume remboursé de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) croît d'environ 4 % par an depuis 2016 pour atteindre **9 milliards d'euros** en 2022.

La convention comporte des objectifs spécifiques s'agissant des **compléments nutritionnels oraux**, dont la prescription ne doit être envisagée, sauf dénutrition sévère, qu'en cas d'échec des mesures diététiques et d'enrichissement de l'alimentation. Elle fixe un objectif de baisse de 5 % des volumes remboursés d'ici à 2027.

La convention formule aussi des objectifs de lutte contre le gaspillage du **matériel d'autosurveillance de la glycémie**, qui représente une dépense remboursée de 400 millions d'euros par an. Elle appelle à ce titre à l'application du seuil réglementaire de 200 bandelettes par an pour les diabétiques de type 2, en accord avec les recommandations de la HAS.

La convention avance enfin des objectifs de réduction de la consommation de **pansements dits techniques** en post-opératoire, ainsi que d'augmentation du recours aux orthèses d'avancées mandibulaire, à la place de la pression positive continue (PPC) utilisée par plus de 90 % des patients, pour les **traitements des apnées du sommeil**.

c. Les examens de biologie médicale

L'annexe n° 9 du présent projet de loi de financement ⁽¹⁾ souligne le mésusage récurrent de plusieurs examens de biologie, pratiqués de manière routinière et fréquente alors qu'ils ne sont indiqués que dans certains cas spécifiques et rares.

C'est le cas, notamment, des **dosages sanguins en vitamine D** dont le nombre a augmenté de 76 % entre 2015 et 2022, pour une dépense annuelle de plus de 40 millions d'euros, alors qu'ils ne sont en principe indiqués et remboursés que dans six situations peu communes. L'article 61-13 de la convention médicale souligne que **seuls 9 % des dosages** de vitamine D chez les 16-65 ans correspondent finalement à une indication recommandée par la HAS.

C'est aussi le cas des dosages de **taux de thyroïdostimuline (TSH)**, qui entraînent une dépense annuelle de 156 millions d'euros, pour un mésusage estimé à 10 % ; ou encore des **examens cyto bactériologiques des urines (ECBU)**, avec une dépense annuelle de 121 millions d'euros et un mésusage évalué à 30 %.

(1) « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », annexe n° 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

d. Les transports sanitaires

Les remboursements de transports sanitaires ont **augmenté de 9,1 % entre 2022 et 2023, et de 6,7 % par an entre 2019 et 2023**. Ils représentent **6,3 milliards d’euros en 2023**. Les deux tiers de ces dépenses résultent de prescriptions hospitalières ; le tiers restant de prescriptions de médecins libéraux.

Dans ce contexte, comme le souligne l’article 61-12 de la convention médicale, pour réguler les dépenses, *« le mode de transport prescrit est le levier le plus puissant, car selon que le transport est assuré en transports en commun, en transport assis professionnalisé, ou en transport couché en ambulance, les dépenses engagées par la collectivité varient respectivement dans des rapports de 1,4 à 10 »*.

La convention médicale fixe ainsi l’objectif de respecter pleinement la règle, figurant à l’article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, de la prescription du **mode de transport le moins onéreux compatible avec l’état de santé du patient**, en proscrivant toute régulation postérieure.

Un arrêté du 23 décembre 2006 précise les règles régissant le recours aux différents modes de transport ⁽¹⁾. Le **transport en ambulance** ne peut être prescrit que *« lorsque l’assuré ou l’ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l’administration d’oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d’asepsie »*. Quant au **transport assis professionnalisé** (taxi ou véhicule sanitaire léger), il est réservé aux cas où l’assuré présente **certaines déficiences ou incapacités**. Dans les autres situations, la prescription doit reposer sur l’utilisation du véhicule personnel ou des transports en commun, qui peuvent faire l’objet de remboursements de la sécurité sociale.

Une application peu rigoureuse de ces règles est fréquemment constatée. Dans son rapport « Charges et produits » pour 2025 ⁽²⁾, l’assurance maladie note que *« la demande de transport ne semble (...) pas toujours en lien direct avec la sévérité de la pathologie dans le cas du diabète, des maladies psychiatriques, de l’insuffisance cardiaque et de la maladie coronaire »*.

Le rapporteur alerte sur le fait qu’elles ne sauraient être appliquées de manière aveugle, sans prendre en compte le maillage en transports du territoire concerné. Il est en effet fréquent qu’un transport sanitaire soit prescrit sans que l’état du patient le justifie réellement **pour compenser une carence dans l’aménagement du territoire**.

(1) Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l’article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

(2) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l’Assurance Maladie pour 2025 », Cnam, juillet 2024.

e. Les examens d'imagerie médicale

Dans un contexte où le volume des dépenses d'imagerie **croît en moyenne de 6 % par an depuis 2021**, pour un **total de l'ordre de 5 milliards d'euros** en incluant l'imagerie pratiquée par les établissements, la convention médicale souligne que persistent **trop de demandes d'examens inutiles, redondantes ou, à tout le moins, évitables**. On observe ainsi une tendance des généralistes à prescrire en première ligne des examens qui n'apparaissent pas toujours nécessaires à ce stade. En outre, certains actes sont prescrits de manière récurrente, par exemple en cas de gonalgies, de cervicalgies ou encore de lombalgies, en dehors des recommandations de la HAS. L'article 61-10 de la convention médicale fixe l'objectif de réduire de 8 % le volume de certains examens identifiés, souvent effectués à mauvais escient.

3. Depuis plusieurs années, des efforts pour accompagner les médecins

- Depuis plusieurs années, l'assurance maladie déploie **différents leviers pour accompagner les médecins dans la pertinence de leurs prescriptions** : campagnes de communication, actions d'information (*via* des courriers et courriers électroniques), mise à disposition de supports pédagogiques numériques, voire échanges plus personnels (visites des délégués de l'assurance maladie, échanges confraternels, accompagnement des praticiens récemment installés).

Plus récemment, l'assurance maladie s'est inspirée des sciences comportementales pour développer des projets numériques visant à faciliter la prise de décision des prescripteurs. Sont ainsi conçus des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et des systèmes d'aide à la décision médicale (SADM).

- Dans la **loi de financement de la sécurité sociale pour 2023** ⁽¹⁾, un nouveau dispositif a été adopté pour l'accompagnement à la prescription des médecins pour **certains produits de santé caractérisés par un mésusage et un impact financier importants** pour la sécurité sociale. **L'article 73** a prévu, à **l'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale**, que la prise en charge par la sécurité sociale de ces produits de santé et, le cas échéant, de leurs prestations associées, pouvait être **conditionnée à la présentation par le patient d'un formulaire**, délivré par le prescripteur, « *comportant des éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription* ».

Cette possibilité existait depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Cependant, comme elle était restée inappliquée, l'article 73 reformule l'article L. 162-19-1 pour faire peser **une obligation de production du formulaire sur le prescripteur**.

Surtout, pour accompagner cette obligation, l'assurance maladie indique, dans son dernier rapport « Charges et produits », avoir imaginé **un téléservice qui**

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

doit être déployé au second semestre 2024. Il accompagne les prescripteurs lors de la prescription des produits susmentionnés grâce à des contrôles préalables sur quelques critères constitutifs de l'indication thérapeutique remboursée (ITR), rapidement vérifiables et faciles à renseigner. Dans l'hypothèse où sa prescription est conforme à l'ITR, le prescripteur pourra imprimer le justificatif que le patient présentera au pharmacien ou au distributeur de produit de santé. Dans l'hypothèse inverse, le prescripteur pourra maintenir la prescription mais il devra informer le patient qu'elle ne sera pas prise en charge par l'assurance maladie.

L'assurance maladie indique que les premiers médicaments concernés par ce dispositif seront de la classe des antidiabétiques analogues du GLP 1 (Ozempic®, Trulicity®, Victoza®), puis des benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques).

II. LA MESURE PROPOSÉE

1. Analyse du dispositif

L'article 16 élargit la portée du dispositif adopté l'an dernier, actuellement prévu à l'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale, pour englober, **au-delà des produits de santé, l'ensemble des actes remboursables ainsi que les transports sanitaires.**

● À cette fin, le **1° du I** transpose le dispositif de l'article L. 162-19-1 au sein d'un nouvel article **L. 167-1-7-1** du même code de la sécurité sociale.

Celui-ci prévoit que l'obligation de présentation du formulaire susmentionné pourra être imposée pour tout acte remboursable (inscrit sur la liste des actes et prestations prévue à l'article L. 162-1-7), produit de santé et prestations associées, ou transport sanitaire, dès lors qu'il existe un **impact financier pour l'assurance maladie ou un risque de mésusage.**

La liste des actes, prestations et produits ciblés par cet article a vocation à être définie par **arrêté.**

Le formulaire comportera des éléments permettant de vérifier que la prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la HAS. Un **décret en Conseil d'État** précisera ses conditions d'établissement.

En l'absence de formulaire, ou si ce formulaire conclut à une prescription hors ITR, le professionnel appelé à exécuter la prescription devra recueillir l'accord du patient pour dispenser les produits, actes ou prestations **sans prise en charge de la sécurité sociale.**

● En conséquence, le **2° du I** abroge l'article L. 162-19-1 repris, avec un périmètre élargi, à l'article L. 162-1-7-1.

- Le **3° du I** intègre l'obligation de présentation du formulaire dans le périmètre des conditions que les caisses d'assurance maladie sont tenues de vérifier avant de procéder au remboursement.

- Enfin, le **II** rend le dispositif applicable à Mayotte.

2. Mise en œuvre et impact financier

Le Gouvernement indique, dans l'annexe n° 9, vouloir prioritairement appliquer cet article, outre le déploiement déjà prévu pour certains médicaments, à **des examens de biologie médicale** (vitamine D, ECBU, TSH) ainsi qu'aux **transports sanitaires**. Cette obligation pourra, dans un premier temps, être mise en œuvre sous une forme « dégradée » (formulaire papier ou document téléchargeable) pour une application « courant 2025 ».

S'agissant des examens de **biologie médicale**, le Gouvernement estime qu'une réduction des mésusages de 30 % sur le dosage de vitamine D, de 65 % sur le dosage de TSH et de 83 % sur les ECBU permettrait d'économiser **66 millions d'euros en 2025 et 161 millions d'euros à l'horizon 2028**.

S'agissant des **transports sanitaires**, le Gouvernement indique vouloir se concentrer sur les prescripteurs de ville. Sur la base d'une expérimentation conduite dans le Val-de-Marne, il table sur un report progressif de 10 % des prescriptions des trajets en ambulance vers du transport assis professionnalisé (TAP), et de 10 % des trajets en TAP vers le véhicule personnel. Cela permettrait, **à l'horizon 2027, une économie de 114 millions d'euros, et 19 millions d'euros dès 2025**.

Dans un deuxième temps, certains dispositifs médicaux (capteurs de glycémie) ainsi que certains examens d'imagerie (non précisés) pourraient être concernés.

*

* *

Article 17

Améliorer l'efficacité des dépenses de transports de patients

L'article 17 vise à renforcer la maîtrise sur les dépenses de transport sanitaire de l'assurance maladie, dans un contexte où celles-ci ne cessent de croître depuis dix ans, avec une accélération depuis la fin de la crise sanitaire. Ces dépenses croissent en raison d'un effet volume (de plus en plus de patients en affection de longue durée transportés) et d'un effet prix. Cet effet prix résulte d'évolutions conventionnelles et de l'augmentation des charges d'exploitation des transporteurs, mais aussi d'un transfert du transport sanitaire vers les taxis, en moyenne plus coûteux.

Dans un contexte où les taxis effectuent désormais 48 % des transports, il apparaît nécessaire de mieux réguler leurs tarifs et leur répartition territoriale. C'est l'objet de l'article 17, qui réforme le cadre légal du conventionnement des taxis, dans le but d'impulser une rénovation du modèle tarifaire et des règles de conventionnement, laquelle devrait permettre, à l'horizon 2027, une économie de l'ordre de 132 millions d'euros par an.

I. RÉSUMÉ DU DROIT EXISTANT ET DES PROBLÈMES POSÉS

1. La part croissante des taxis dans des dépenses de transport sanitaire en augmentation constante

Comme le souligne le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2025 ⁽¹⁾, les dépenses de l'assurance maladie en matière de transport sanitaire sont extrêmement dynamiques et leur croissance s'accélère depuis quelques années. Entre 2012 et 2022, ces dépenses sont passées de 4 à 6 milliards d'euros, soit une augmentation annuelle **de l'ordre de 4 %**. Mais elles ont crû de **7,7 %** en 2022 et de **9 %** en 2023, pour atteindre **6,3 milliards d'euros**.

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2025 », juillet 2024.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES REMBOURSÉES DE TRANSPORT SANITAIRE



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

Cette tendance semble se ralentir légèrement en 2024, les prévisions ⁽¹⁾ faisant état d'une augmentation de **5,2 %** par rapport à 2023. Cette évolution est à rapprocher du **doublement de la franchise** sur les remboursements de transports sanitaires non urgents, passée de 2 à 4 euros le 31 mars 2024 ⁽²⁾, qui a abouti à une baisse de 1,1 % en moyenne du taux de prise en charge des transports. La croissance des dépenses reste néanmoins nettement supérieure à la période précédant la crise sanitaire (+ 2,7 % par an entre 2015 et 2019).

- Cette croissance **résulte en partie d'un effet volume**, lié à l'accroissement de la demande de transports sanitaires, en lien avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre d'usagers en affection de longue durée (ALD), exonérés du ticket modérateur. 6,4 millions de patients ont été transportés en 2023, soit 14 % de plus qu'en 2016.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS TRANSPORTÉS ENTRE 2016 ET 2023

Nombre de patients (Millions)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Transports sanitaires	4,20	4,28	4,36	4,26	4,27	4,44	4,53	4,57
- Ambulance	3,10	3,15	3,19	3,04	3,14	3,21	3,26	3,26
- VSL	1,74	1,78	1,81	1,79	1,69	1,80	1,86	1,89
Taxis	2,36	2,49	2,62	2,66	2,62	2,97	3,13	3,23
Autre	0,48	0,46	0,44	0,40	0,30	0,29	0,31	0,33
Total	5,67	5,80	5,93	5,87	5,81	6,14	6,34	6,45

Champ : tous régimes - France entière - codes exécutant : 55 (TS) et 56 (taxi) - données en date de liquidation

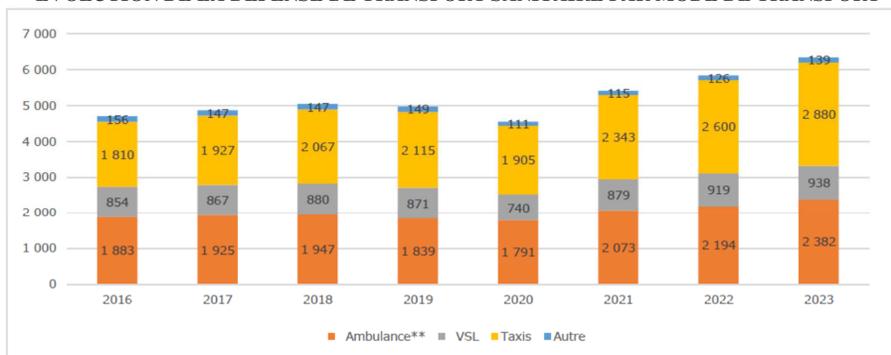
Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie – juillet 2024.

(1) Voir le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024 et 2025, publié en octobre 2024.

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

• Comme l'illustre le tableau ci-dessus, **une part croissante des transports sanitaires sont effectués par des taxis**. D'après les données du dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾, entre janvier et mai 2024, les taxis conventionnés sont à l'origine de près de la moitié des dépenses de transports sanitaires (**48 %**), avec une dépense en augmentation de 6,5 %, au-delà de la dynamique globale de croissance des dépenses. Sur la même période, les ambulances représentent 35 % de la dépense et les véhicules sanitaires légers, 16 % (cf. graphique ci-dessous).

ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE DE TRANSPORT SANITAIRE PAR MODE DE TRANSPORT



** Hors indemnité de garde ambulancière

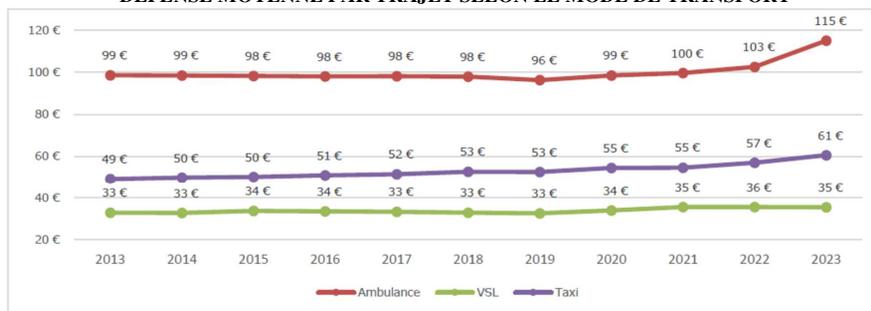
VSL : véhicule sanitaire léger

Champ : tous régimes - France entière - codes exécutant : 55 (TS) et 56 (taxi) - données en date de liquidation

Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie – juillet 2024.

• Cette redistribution des transports sanitaires au bénéfice des taxis est à l'origine d'un effet prix qui contribue à expliquer l'augmentation de la dépense globale. En effet, **le prix moyen d'un transport en taxi est supérieur à celui d'un VSL** et, sur la période récente, il a davantage augmenté que celui d'un VSL. En 2023, les dépenses moyennes s'élevaient ainsi à 115 euros pour un trajet en ambulance, 61 euros pour un trajet en taxi et 35 euros pour un trajet en VSL.

DÉPENSE MOYENNE PAR TRAJET SELON LE MODE DE TRANSPORT



VSL : véhicule sanitaire léger

Champ : régime général (hors section locale mutualiste), hors indemnité de garde ambulancière

Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie – juillet 2024.

(1) Op. cit.

En 2024, cet écart entre taxis et VSL devrait se réduire, du fait de la signature, en mai 2023, de l'avenant n° 11 à la convention des transporteurs sanitaires privés ⁽¹⁾, qui prévoit des revalorisations tarifaires pour les ambulances et les VSL.

2. Un effort de régulation qui n'a pas encore produit les effets escomptés

a. Une volonté de mieux réguler le choix du transport et de développer le transport partagé

● En vertu de l'**article L. 322-5 du code de la sécurité sociale**, les frais de transport sanitaire sont pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale, et sur la base du **trajet « le moins onéreux » et du mode de transport « le plus adapté à l'état du patient »**.

Pour maîtriser l'évolution de ces dépenses, les efforts de la Caisse nationale de l'assurance maladie visent, en premier lieu, à faire respecter l'application de ce principe, dans un contexte où de nombreux mésusages sont constatés.

● S'inspirant des modes de fonctionnement en vigueur chez nos voisins européens, l'assurance maladie estime qu'une piste prioritaire pour contenir les dépenses est **le développement du transport partagé**, qui pourrait concerner à terme plus de 50 % des trajets (contre 19 % actuellement). L'économie permise par un transport partagé oscillerait entre 15 et 35 % par patient, selon le nombre de patients transportés.

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽²⁾ est allé dans ce sens en prévoyant, au sein de l'article L. 322-5, que la prescription de transport sanitaire devrait désormais préciser si l'état du patient était compatible avec un transport partagé. Dans l'affirmative, un patient qui refuserait un transport partagé se verrait, d'une part, refuser le bénéfice du tiers payant et, d'autre part, appliquer un coefficient de minoration sur la part prise en charge par la sécurité sociale.

Il convient de noter que **le décret nécessaire à l'application de ces dispositions n'a toujours pas été publié**. Les associations de patients, notamment atteints de maladie rénale, se sont montrées très critiques sur les premières versions qui en avaient été présentées au printemps dernier, estimant qu'elles ne comportaient pas de garanties suffisantes en termes de qualité et de sécurité du transport pour les malades ⁽³⁾.

(1) Voir l'arrêté du 3 mai 2023 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002.

(2) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(3) Le débat porte notamment sur l'appréciation du détour acceptable pour le patient dans le cadre d'un transport partagé, ainsi que du délai d'attente raisonnable sur le lieu de l'examen ou des soins.

● Par ailleurs, **l'article 16** du présent projet de loi vise à **encadrer les prescriptions de transport des médecins** – par mesure de simplicité, d'abord en ville, bien que les deux tiers des prescriptions émanent des établissements – pour garantir la conformité de ces prescriptions aux règles énoncées à l'article L. 322-5.

b. La régulation des transports en taxi butte sur un cadre conventionnel peu adapté

● Les dépenses de transport sanitaire en taxi augmentent rapidement (*cf. supra*) sans pour autant répondre de manière satisfaisante aux besoins de transport de la population, notamment en raison d'une **répartition très inégale sur le territoire**. Le rapport « Charges et produits » précité de l'assurance maladie indique ainsi que s'il existe 28 916 entreprises de taxis conventionnés possédant 40 132 taxis en France en 2023, le taux de taxis conventionnés pour 100 000 habitants varie de 6 à Mayotte à 249 à Paris, avec une moyenne de 58,7. Le rapporteur général observe que le nombre de taxis conventionnés par habitant est le plus important précisément là où le maillage de transports en commun est le plus dense, ce qui apparaît comme une anomalie.

● Les **règles relatives au conventionnement des taxis** sont régies par **l'article L. 322-5** du code de la sécurité sociale. Il prévoit que seules sont habilitées au transport sanitaire les entreprises de taxi ayant préalablement conclu **une convention avec l'organisme local d'assurance maladie**, laquelle doit être conforme à une convention type élaborée par le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Cette convention type ⁽¹⁾ prévoit notamment les « tarifs de responsabilité » rémunérant les taxis, lesquels sont **indexés sur les tarifs des courses** applicables en vertu de la réglementation de droit commun.

● L'étude d'impact annexée au présent projet de loi souligne **les insuffisances de ce cadre légal**, qui ne permet pas de réguler efficacement les transports sanitaires effectués par les taxis : hétérogénéité des tarifs pratiqués, mauvaise répartition des transporteurs sur le territoire, pratiques tarifaires majorant les restes à charge des patients...

II. DISPOSITIF PROPOSÉ ET IMPACT FINANCIER

1. Redéfinir le cadre législatif des conventionnements de taxis...

L'article 17 propose une réécriture partielle des dispositions de **l'article L. 322-5** précité dans le but de rénover le cadre législatif applicable aux transports sanitaires effectués par des taxis.

(1) *Décision du 11 décembre 2023 relative à l'établissement d'une convention type à la destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie.*

• Le **I** réécrit les dispositions relatives au conventionnement des entreprises de taxi, lequel sera désormais régi par **une convention-cadre nationale** à laquelle devront se conformer l'ensemble des conventions conclues entre les caisses locales d'assurance maladie et les entreprises de taxi.

Cette convention-cadre précisera l'ensemble des règles relatives aux conditions de réalisation des transports, de dispense de l'avance de frais, à l'accès et au maintien du conventionnement, aux montants forfaitaires, tarifs kilométriques et suppléments facturables et à la facturation des transports partagés.

Cette nouvelle rédaction de l'article L. 322-5 permet notamment :

– **d'élargir les critères pouvant être pris en compte pour le conventionnement** des taxis : actuellement, seule figure la nécessité d'une durée préalable d'existence de l'autorisation de stationnement. Ce critère, jugé obsolète, est **supprimé par le II**. Désormais, la convention pourra prévoir des critères en lien avec les « **besoins territoriaux** », de façon à favoriser une meilleure répartition territoriale des taxis conventionnés ;

– de **définir les éléments économiques et organisationnels qui devront être établis par la convention-cadre**, de façon à mieux réguler le secteur. Les trois éléments tarifaires définis par la convention (montants forfaitaires, tarifs kilométriques, suppléments facturables) pourront différer selon les régions et ne seront plus strictement indexés sur le tarif des courses. Par ailleurs, toute facturation au-delà des tarifs négociés avec l'assurance maladie sera strictement interdite.

• Le **III** prévoit que les conventions d'ores et déjà conclues entre les caisses locales d'assurance maladie et les entreprises de taxi demeureront en vigueur pendant un **délai de deux mois** après la publication de la convention-cadre nationale.

2. ... en vue d'une refonte du modèle tarifaire et d'une redéfinition des critères de conventionnement

D'après l'étude d'impact, la rénovation du cadre législatif du conventionnement des taxis permettra à la Cnam d'ouvrir une négociation avec les entreprises concernées, en vue d'aboutir à une refonte du modèle tarifaire et des règles de conventionnement « courant 2025 ».

Il en résulterait une meilleure régulation des transports sanitaires en taxi, laquelle permettrait une réduction progressive des coûts afférents pour l'assurance maladie, **de l'ordre de 2 à 4 % à l'horizon 2027 (soit 132 millions d'euros d'économie annuelle à terme)**. L'impact pour 2025 est évalué à **45 millions d'euros d'économies**.

*

* *

Article 18

Plafonnement des rémunérations des personnels non médicaux exerçant en intérim

On assiste à une flambée du recours à l'intérim non-médical dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les dépenses afférentes ayant plus que triplé en cinq ans pour atteindre 462 millions d'euros dans les hôpitaux.

Dans ce contexte, l'article 18 complète le dispositif de régulation de l'intérim créé il y a quelques années, d'abord pour les médecins puis pour tous les professionnels médicaux et non médicaux en début de carrière. Il s'agit ici de rendre l'emploi en intérim moins attractif pour les personnels non médicaux tout en limitant les surcoûts induits pour les établissements.

À cette fin, l'article 18 prévoit la possibilité d'instaurer, sur le modèle de ce qui a été prévu pour les médecins, un plafonnement des rémunérations d'intérim pour les professions « en tension », pour lesquelles il existe une disproportion importante entre la rémunération des personnels permanents et intérimaires. Une liste des professions concernées sera arrêtée par décret et les plafonds définis par arrêté, avec des variations géographiques possibles. Le respect de ces plafonds sera soumis au même régime que celui de l'intérim médical.

En se fondant sur l'hypothèse de 15 % des contrats d'intérim signés actuellement à l'hôpital qui se trouveraient en dépassement des plafonds décidés, le Gouvernement table sur une économie en année pleine de 22,5 millions d'euros.

I. LA SITUATION ACTUELLE

1. L'explosion de l'intérim paramédical, une tendance lourde et un facteur de fragilisation des établissements

● En 2013, le député Olivier Véran alertait sur les dérives de l'intérim médical à l'hôpital public ⁽¹⁾. Il tendait à devenir, de plus en plus, un mode de recrutement habituel – et onéreux – face aux vacances de postes de praticiens hospitaliers.

Avec la crise sanitaire, qui a induit des bouleversements profonds dans les établissements de santé et médico-sociaux comme sur le marché du travail, ce constat a dû, de manière croissante, être étendu aux personnels non-médicaux de ces établissements.

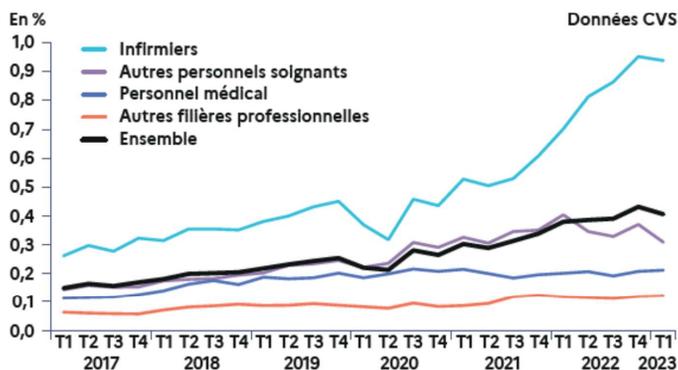
● Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) parue en septembre 2023 a montré, **entre mars 2017 et mars 2023, un taux de recours aux intérimaires multiplié par deux dans le secteur hospitalier** ⁽²⁾. Cette hausse est **particulièrement marquée pour les infirmiers**, surtout depuis le début de l'année 2021, avec un taux de recours pratiquement multiplié par quatre. L'étude souligne que cette tendance a concerné **tout aussi bien le secteur public que le secteur privé**.

(1) Olivier Véran, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte : essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », décembre 2013.

(2) « À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans », Drees, Focus n° 50, septembre 2023.

Or, ce document ne porte **que sur les contrats d'intérim passés avec des entreprises de travail temporaire**, excluant donc ceux conclus de « gré à gré » par l'établissement, ou par l'entremise de sociétés de recrutement. Ce périmètre conduit ainsi à sous-estimer l'ampleur du phénomène, s'agissant en particulier des recrutements médicaux passant souvent par d'autres formes de contrats temporaires.

TAUX DE RECOURS DU SECTEUR HOSPITALIER AUX INTÉRIMAIRES ENTRE 2017 ET 2023



Note: les taux de recours pour 2022 et 2023 reposent sur une estimation provisoire (encadré).

Lecture: au 1^{er} trimestre 2023, le taux de recours du secteur hospitalier aux infirmiers intérimaires des entreprises de travail temporaire est de 0,9 %.

Champ: secteur hospitalier (encadré) ; France hors Mayotte.

Source: Dares, Déclarations sociales nominatives (DSN) et Insee, Bases tous salariés (BTS, SIASP) de 2017 à 2021, calcul Dares-Drees.

● L'annexe n° 9 du présent projet de loi ⁽¹⁾ montre des dépenses d'intérim en constante augmentation depuis dix ans dans les établissements publics sanitaires et médico-sociaux. Si elles ont plus que doublé pour le personnel médical (+160 %), **elles ont été multipliées par six pour le personnel paramédical (+547 %)**.

Au total, les dépenses d'intérim de l'ensemble des établissements publics ont quadruplé entre 2014 et 2023 (+ 300 %).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'INTÉRIM DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SANITAIRES, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

	2018	2019	2020	2022	2023
Dépenses d'intérim paramédical en EPS	133 923 585 €	181 904 738 €	225 046 131 €	337 839 072 €	462 033 112 €
Dépenses d'intérim paramédical et médical en EPSMS	16 742 500 €	21 197 327 €	30 021 631 €	45 982 854 €	50 621 777 €

Source : annexe n° 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

● Les contrats d'intérim, au sens large, permettent aux établissements de combler deux types de besoins de recrutement, face à :

(1) « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », annexe n° 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

– **des absences ponctuelles** d’employés qui doivent être remplacés pour des durées plus ou moins longues ;

– **des vacances de postes de titulaires**, qui n’ont pu être pourvus. À titre d’exemple, en 2023 au sein de l’Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), 10 % des postes fixes d’infirmiers étaient vacants et quotidiennement pourvus par le recours à des intérimaires.

Deux phénomènes sous-jacents se dessinent derrière l’accroissement du recours à l’intérim :

– une **hausse de l’absentéisme** chez les personnels soignants, qui peut être plus largement ramenée à l’augmentation des arrêts de travail constatée depuis la crise sanitaire dans de nombreux secteurs ;

– et une **perte d’attractivité de l’exercice en établissement** de santé ou médico-social, liée à une multiplicité de facteurs (rémunérations insuffisamment attractives, conditions de travail jugées trop difficiles, sujétions...).

• La massification du recours à l’intérim sur des postes qui devraient être occupés par des titulaires est **un facteur important de fragilisation des établissements**.

Sur le plan financier, cela induit **des surcoûts importants**, les rémunérations proposées dans ces contrats temporaires étant supérieures à celles des personnels permanents. Si, pour les professionnels non médicaux, le différentiel est moindre que pour les médecins, il demeure néanmoins substantiel : les agences d’intérim font état d’un **écart moyen d’au moins 20 %**.

Au-delà, la multiplication des personnels intérimaires est **un facteur de rupture de la cohésion et de désorganisation** dans les équipes. Premièrement, cette situation est difficile à accepter pour les personnels permanents, moins bien payés pour le même travail alors même qu’ils assument seuls certaines sujétions (gardes, jours de travail non choisis). Deuxièmement, la rotation permanente des personnels complique le fonctionnement en équipe, et induit une moindre connaissance du service comme des patients, avec un impact potentiel sur la qualité et la sécurité des soins.

Au total, la dérive de l’intérim entraîne une dégradation des conditions de travail en établissement avec des impacts sur l’absentéisme et l’attractivité, lesquels viennent encore accroître la nécessité de recourir à ce type de contrats. Elle alimente ainsi une spirale négative pour les établissements.

2. L’effort de régulation a d’abord porté sur les personnels médicaux

Dans une tentative de rompre cette spirale nocive aux établissements de santé, le Gouvernement et le législateur ont cherché à réguler le recours à l’intérim.

Les efforts ont porté, en premier lieu, sur la **régulation de l’intérim médical à l’hôpital public**, et en particulier de **sa rémunération** qui, du fait de la concurrence

entre établissements pour attirer une ressource médicale rare, atteint parfois des valeurs sans commune mesure avec le traitement d'un praticien hospitalier.

● **L'article 136 de la loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé a encadré le recours à l'intérim médical dans les établissements publics de santé ⁽¹⁾. Il a introduit au sein du code de la santé publique un **article L. 6146-3** qui sécurise les conditions de mise à disposition des médecins intérimaires et, surtout, **impose un plafonnement des dépenses engagées** dans le cadre des missions d'intérim.

● En application de cet article, **le décret du 24 novembre 2017** plafonne, à partir du 1^{er} janvier 2018, le montant journalier des dépenses par praticien susceptibles d'être engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire ⁽²⁾. Ce montant a été fixé par arrêté à 1 170,04 euros pour une journée de 24 heures de travail effectif, avec une majoration de 20 % en 2018 et de 10 % en 2019 pour une entrée en vigueur progressive du dispositif. Une revalorisation de 20 % a eu lieu en mars 2023 pour atteindre 1 390 euros.

Cependant, ce cadre législatif et réglementaire est demeuré largement inappliqué. En effet, les agences d'intérim et les praticiens intérimaires ont continué à formuler des offres de prestations dépassant les seuils réglementaires, que les hôpitaux ont dû accepter au nom de la nécessaire continuité des soins.

● Dans le cadre du Ségur de la santé est apparue la nécessité d'une force juridique supplémentaire à ces plafonds de rémunérations, afin qu'ils ne soient plus contournés. **L'article 33 de la loi dite « Rist I »** ⁽³⁾ a édicté deux mesures complémentaires, codifiées à **l'article L. 6146-4 du code de la santé publique** :

– d'une part, les comptables publics peuvent bloquer les rémunérations des contrats d'intérim médical, ainsi que des contrats conclus de gré à gré entre le praticien et l'établissement ⁽⁴⁾, dès lors qu'ils dépassent les plafonds réglementaires ou ne respectent pas les conditions fixées par la réglementation ;

– d'autre part, les directeurs généraux des agences régionales de santé ne peuvent déférer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers.

Ces mesures devaient entrer en vigueur six mois après la promulgation de la loi, soit le 27 octobre 2021. Cependant, alors que ce délai approchait de son terme, de nombreuses remontées des hôpitaux ont fait craindre que le plafonnement ne soit à l'origine de difficultés extrêmes dans les services. Le ministre de la santé a ainsi annoncé que la mise en œuvre de cette mesure devrait être reportée à 2022, sans toutefois faire voter de report du délai légal.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(2) Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

(3) Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

(4) Il convient cependant de noter que les plafonds prévus dans le cadre du décret précité du 2 novembre 2017 s'appliquent uniquement aux contrats conclus avec des entreprises de travail temporaire. Les contrats dits « de gré à gré » doivent être conformes aux conditions réglementaires qui leur sont propres, avec des plafonds distincts et potentiellement plus élevés que ceux de l'intérim au sens strict, s'agissant en particulier des contrats dits « de motif 2 ».

● **Le 1^{er} avril 2023**, le ministre de la santé a finalement annoncé la mise en application des dispositions de loi Rist I après avoir revalorisé le plafond journalier des tarifs de garde.

S'il n'existe pas encore de bilan officiel de cette mesure, une enquête présentée en septembre dernier par la Fédération hospitalière de France (FHF) révèle que 62 % des établissements interrogés jugent **l'objectif de régulation du recours à l'intérim médical atteint**. Ils notent une diminution des candidatures de praticiens intérimaires. Cependant, plus de la moitié des établissements interrogés ont fait face à une augmentation du recours aux contrats dits « de motif 2 » ⁽¹⁾ pour répondre à leurs difficultés de recrutement. Or, ces contrats ouvrent droit à des rémunérations dérogatoires substantiellement plus élevées que celle d'un praticien hospitalier.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en mai 2024 ⁽²⁾, la Cour des comptes a également constaté une forte augmentation du recours aux contrats « de motif 2 », pointant une forme de dévoiement de la loi « Rist I ».

● Si les mesures susmentionnées ne s'appliquent théoriquement qu'aux hôpitaux publics, dans une **charte conclue le 31 mars 2023**, l'ensemble des fédérations hospitalières publiques et privées se sont engagées à lutter conjointement contre les dérives de l'intérim médical et à **appliquer les plafonds de rémunération** arrêtés au niveau réglementaire.

3. Avec la loi dite « Valletoux », une tentative pour inciter les jeunes diplômés à des modes d'exercice plus pérennes

● Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ⁽³⁾ puis la loi dite « Valletoux » du 27 décembre 2023 ⁽⁴⁾ ont cherché à réguler le recours à l'intérim **en adoptant un périmètre plus large** :

– sont désormais concernés **l'ensemble des établissements** sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des laboratoires de biologie médicale, publics et privés ;

(1) *Contrats conclus en application de l'article R.6152-338 du code de la santé publique, qui autorise à recruter des praticiens par contrat « en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ». Ce type de contrats peut faire l'objet d'une rémunération majorée en vertu d'un arrêté du 8 juillet 2022, le plafond de rémunération étant alors porté de 70 111,16 € à 119 130 € annuels, incluant une part variable en principe subordonnée à la réalisation de certains engagements particuliers.*

(2) *Voir le chapitre VII : « Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées ».*

(3) *Les dispositions concernées du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ayant été censurées par le Conseil constitutionnel au motif qu'il s'agissait d'un « cavalier social », elles ont été reprises à l'article 29 de la loi du 27 décembre 2023.*

(4) *Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.*

– de même, face à l’explosion de l’intérim paramédical, ne sont plus seulement visés les médecins, mais aussi **l’ensemble des professionnels de santé ainsi que les personnels socio-éducatifs**.

● L’optique de la loi Valletoux est différente des régulations antérieures. Elle part du constat que, de manière croissante, les jeunes diplômés sont réticents à s’engager dans des modes d’exercice pérennes, que ce soit en ville ou à l’hôpital. L’exercice en intérim, par la rémunération attractive et la flexibilité qu’il offre, tend à les séduire davantage. Or, une fois que ces jeunes professionnels ont commencé à exercer en intérim, il est difficile de les faire revenir à d’autres modes d’exercice. Cette situation est jugée néfaste pour, tout à la fois :

– le système de soins, qui doit rémunérer davantage des personnels sur lesquels on ne peut pas compter dans les services et qui ne s’installent pas en ville ;

– les professionnels eux-mêmes, qui ne peuvent pas bénéficier de la sécurité d’exercice et de la formation par les pairs que permet le travail au sein d’une équipe stable ;

– les patients, qui subissent des risques en termes de qualité et de sécurité des soins ⁽¹⁾.

● **L’article 29 de la loi Valletoux** insère un nouvel **article L. 6115-1 dans le code de la santé publique** interdisant aux établissements sanitaires et aux laboratoires de biologie médicale d’avoir recours à des personnels médicaux ou à des professionnels de santé recrutés dans le cadre d’un contrat conclu avec une entreprise de travail temporaire s’ils n’ont pas exercé au préalable selon d’autres modalités, et ce pendant une durée déterminée par décret.

Symétriquement, l’article 29 édicte au sein d’un nouvel **article L. 313-23-4 du code de l’action sociale et des familles** la même interdiction s’agissant des personnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs qui interviennent dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Un **décret publié le 24 juin dernier** a fixé à **deux ans** la durée minimale d’exercice préalable dans le cadre des dispositions précitées **pour les sages-femmes et l’ensemble des professionnels non médicaux** ⁽²⁾. Un autre décret devait prévoir la durée applicable aux médecins ; il n’a toujours pas été publié.

(1) Une étude britannique parue dans *JAMA Network Open*, menée par Peter Griffiths et ses collègues de l’université de Southampton à partir des données des patients et du personnel infirmier de 185 services de quatre hôpitaux britanniques entre 2015 et 2020, révèle qu’une hospitalisation lors d’une journée avec un manque de personnels infirmiers augmenterait jusqu’à 8 % la mortalité à 30 jours des patients. Ce risque serait encore accru de 2 % si des infirmiers intérimaires ont été recrutés pour pallier ce manque.

(2) Décret n° 2024-583 du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d’exercice préalable de certains professionnels avant leur mise à disposition d’un établissement de santé, d’un laboratoire de biologie médicale ou d’un établissement ou service social ou médico-social par une entreprise de travail temporaire.

II. LA MESURE PROPOSÉE

Le présent article complète le dispositif de régulation de l'emploi en intérim dans les établissements publics de santé et médico-sociaux en **généralisant le plafonnement des rémunérations** actuellement applicable aux seuls médecins exerçant à l'hôpital public à toutes les professions pour lesquelles cela apparaît nécessaire.

1. Analyse du dispositif

● Le 1^o du I modifie l'**article L. 6146-3 du code de la santé publique** actuellement relatif à l'emploi en intérim des personnels médicaux des établissements publics de santé pour **englober les sages-femmes et l'ensemble des professionnels de santé** exerçant dans ces établissements.

Il reformule le second alinéa dudit article, relatif au plafonnement des dépenses engagées pour la rémunération des missions d'intérim, de façon à mettre le Gouvernement en capacité – sans que ce soit systématique – de **plafonner les rémunérations d'intérim pour une catégorie de professionnels donnée**, dès lors qu'il existe une « tension sur les ressources » se traduisant par une disproportion entre la rémunération de l'intérim et celle des personnels permanents. Le niveau du plafond pourra **varier en fonction des « spécificités territoriales »**.

● Le 2^o du I tire les conséquences de cet élargissement du spectre de l'article L. 6146-3 à l'**article L. 6146-4**, relatif au rejet des rémunérations et au déferement des contrats d'intérim ou de gré à gré ne respectant pas les conditions réglementaires. Ces dispositions s'appliqueront désormais également aux contrats qui excéderont les plafonds pour l'embauche de tous les professionnels concernés.

● Le II introduit, dans un nouvel article **L. 313-23-3**, un plafonnement similaire au sein du code de l'action sociale et des familles, s'agissant cette fois des **établissements sociaux et médico-sociaux** concernés par la problématique du recours croissant à l'intérim (établissements en charge des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de la protection de l'enfance). Il vise l'ensemble des professionnels déjà ciblés par l'interdiction d'intérim en début de carrière (professionnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs). Là encore, le plafonnement sera mis en place au cas par cas, pour les métiers en tension, avec de possibles variations géographiques.

● Le III indique que l'ensemble de ces dispositions s'appliqueront aux contrats conclus à compter du **1^{er} juillet 2025**.

2. Impact financier

L'annexe n° 9 du présent projet de loi formule l'hypothèse que le plafond imposé conduirait 15 % des rémunérations de l'intérim non-médical des hôpitaux (sur la base des chiffres actuels) à se trouver en dépassement. Dans ce cas, l'imposition des plafonds se traduirait par **une économie en année pleine de 22,5 millions d'euros**, et 11,25 millions d'euros dès 2025 du fait de l'entrée en vigueur au 1^{er} juillet.

*

* *

Article 19

Lutter contre les pénuries de produits de santé

Le présent article comporte diverses mesures visant, d'une part, à mieux anticiper et prévenir la survenue de pénuries de produits de santé et, d'autre part, à améliorer l'efficacité de la dépense publique induite par la gestion des pénuries.

Ainsi, au titre des mesures visant à prévenir le risque de pénurie, l'article propose :

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'imposer la délivrance à l'unité ou la prescription sur ordonnance conditionnelle pour préserver la disponibilité de médicaments soumis à une forte saisonnalité ;

– la possibilité pour le pharmacien, en cas de risque de rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou d'un vaccin, de remplacer le médicament prescrit par un autre médicament ;

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en cas de risque de rupture d'un dispositif médical, d'autoriser son remplacement par un dispositif médical alternatif ;

– le renforcement du régime de sanctions pouvant être prononcées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en cas de manquement des exploitants à leurs obligations.

Au titre des mesures visant à renforcer l'efficacité de la dépense publique liée à la gestion de la pénurie, l'article propose :

– la prise en compte, dans la détermination du prix d'un médicament, du prix fixé dans le cadre d'un achat national ou d'un achat conjoint européen ;

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de suspendre la procédure d'inscription ou de tarification d'une spécialité pharmaceutique comparable à une spécialité importée par l'Agence nationale de santé publique pour pallier son indisponibilité sur le marché national.

La mesure permettrait une économie estimée à 16,4 millions d'euros en 2025.

I. L'ÉTAT DU DROIT : L'ARSENAL LÉGISLATIF DE LUTTE CONTRE LES PÉNURIES PEINE À ENDIGUER LE PHÉNOMÈNE

Le cadre législatif étoffé des obligations reposant sur les exploitants de médicaments en matière de sécurité d'approvisionnement ne suffit pas à empêcher pénuries, encore appelées ruptures d'approvisionnement (A). Les dernières évolutions législatives et réglementaires tendent à préciser le champ des médicaments prioritaires et à évoluer vers une logique de plus juste dispensation associée à une régulation croissante de l'État (B).

A. LES OBLIGATIONS ÉTENDUES PESANT SUR LES EXPLOITANTS DE PRODUITS DE SANTÉ N'EMPÊCHENT PAS LES PÉNURIES

1. Les obligations pesant sur les exploitants de médicaments en matière d'approvisionnement sont étendues et passibles de sanctions

a. Une obligation générale d'approvisionnement approprié et continu repose sur les exploitants de médicaments depuis 2001

La prévention et la gestion des risques de ruptures d'approvisionnement de médicaments s'inscrivent dans un cadre réglementaire européen instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain : la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 ⁽¹⁾.

Une **obligation générale d'approvisionnement approprié et continu** a été créée. Elle prévoit que « le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ainsi que les distributeurs de ce médicament mis sur le marché de façon effective dans un État membre assurent, dans la limite de leur responsabilité respective, un approvisionnement approprié et continu de ce médicament pour les pharmacies et les personnes autorisées à délivrer des médicaments de manière à couvrir les besoins des patients de l'État membre concerné » ⁽²⁾.

b. Cette obligation a progressivement été complétée de mesures de sécurisation des stocks de médicaments

Le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) doit également prévenir l'autorité compétente de chaque État membre concerné des risques de ruptures d'approvisionnement temporaires ou permanentes. Cette notification doit avoir lieu, hormis dans des circonstances exceptionnelles, au plus tard deux mois avant l'interruption de la mise sur le marché du médicament ⁽³⁾.

Le cadre légal des obligations des exploitants et titulaires d'AMM en matière de prévention des ruptures d'approvisionnement et de gestion des pénuries s'est progressivement enrichi, avec notamment :

– l'obligation de constituer un stock de sécurité destiné au marché national, correspondant à au moins deux mois de couverture des besoins pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ⁽⁴⁾ – contre une semaine de couverture pour les autres médicaments – et pouvant être étendue, sans excéder

(1) Introduit dans la directive 2001/83/CE par la directive 2004/27/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004.

(2) Article 81 de la directive.

(3) Article 23 bis de la directive.

(4) Les MITM sont définis à l'article 151 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, codifié à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique comme « les médicaments ou classes de médicaments pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie ».

quatre mois de couverture, sur décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ⁽¹⁾ ;

– l'obligation d'élaborer des plans de gestion des pénuries dont l'objet est de prévenir et pallier toute rupture ;

– l'obligation de signalement à l'ANSM des risques de ruptures et l'obligation de disposer de centres d'appel d'urgence permettant un contact direct en permanence avec les pharmaciens d'officine, hospitaliers et les grossistes répartiteurs ⁽²⁾ ;

– l'interdiction faite aux grossistes-répartiteurs d'exporter hors du territoire national ou de vendre à des distributeurs en gros à l'exportation des MITM en rupture ou risque de rupture, cette interdiction devant être appliquée jusqu'à la remise à disposition normale du médicament sur le territoire national ⁽³⁾.

c. Le manquement des exploitants à leurs obligations est passible de sanctions

Les manquements aux obligations des exploitants au titre de la lutte contre les pénuries qui sont susceptibles de faire l'objet de sanctions financières ont été progressivement étendus au gré de l'édiction, par le législateur et le pouvoir réglementaire, de nouvelles règles imposées aux exploitants.

À cet égard, l'adoption de l'article 48 de la loi n° 2019-446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 a constitué une étape significative du renforcement du cadre légal et réglementaire en matière de lutte contre les pénuries, cette disposition ayant notamment introduit la possibilité, pour le Gouvernement, d'imposer la constitution de stocks de sécurité, tout en permettant à l'ANSM de prononcer des astreintes en cas de manquement à cette obligation.

● Ainsi, en l'état du droit, peuvent notamment donner lieu à une sanction :

– le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité obligatoire destiné au marché national (1° de l'article L. 5423-9 du code de la santé publique) ;

– le fait de ne pas informer l'ANSM de la suspension ou de la cessation de la commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de cette suspension ou de cette cessation, lorsqu'il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français (2° du même article) ;

(1) Article R. 5124-49-1 du code de la santé publique depuis le 1^{er} septembre 2021.

(2) Article L. 5124-17-3 du code de la santé publique depuis le 1^{er} septembre 2021.

(3) Id.

– le fait de cesser la commercialisation d’un MITM avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin (3°) ;

– le fait, pour l’exploitant d’un MITM ou de l’un des vaccins pour lesquels l’élaboration d’un plan de gestion des pénuries (PGP) est obligatoire, de ne pas élaborer ce dernier, ou de ne pas prévoir dans celui-ci des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock ou encore de ne pas déclarer à l’ANSM la liste des médicaments pour lesquels il élabore un PGP (5°) ;

– le fait, de ne pas procéder à l’importation, exigée par l’ANSM, d’une alternative au MITM ou au vaccin en rupture de stock (6°) ;

– le fait, s’agissant d’un MITM, de ne pas informer l’ANSM immédiatement de tout risque de rupture ou de toute rupture de stock pour ce médicament, ou de ne pas mettre en œuvre les mesures prévues par le PGP, ou de pas appliquer les mesures d’accompagnement et d’information des professionnels de santé ainsi que les mesures permettant l’information des patients, ces dernières pouvant notamment impliquer les associations de patients (7°).

En outre, la loi n° 2023-1250 du 28 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a complété la liste de ces manquements afin d’y inclure :

– le fait, de ne pas mettre en œuvre les mesures de police sanitaire prises par le directeur général de l’ANSM et qui sont nécessaires à la garantie d’un approvisionnement approprié d’un MITM ;

– le fait, pour une entreprise souhaitant arrêter la commercialisation d’un MITM ancien n’étant plus protégé au titre de la propriété intellectuelle ou industrielle et en l’absence d’alternative thérapeutique, de ne pas rechercher une entreprise pharmaceutique pour assurer la reprise effective de l’exploitation du médicament.

● La loi définit le montant maximum des sanctions financières que le directeur général de l’ANSM est susceptible de prononcer.

Ainsi, aux termes du deuxième alinéa du III de l’article L. 5471-1 du code de la santé publique, ces sanctions ne peuvent être supérieures, dans le cas des manquements précités :

– à 150 000 euros lorsqu’ils sont commis par une personne physique ;

– à 30 % du chiffre d’affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concerné, dans la limite de 1 million d’euros, quand ils sont imputables à une personne morale.

En outre, le pouvoir de sanction du directeur général de l’ANSM est soumis à un principe général de proportionnalité et d’adaptation du quantum des pénalités aux manquements sanctionnés.

Ainsi, l'article L. 5312-4-1 du code de la santé publique dispose :

– d'une part, que « les montants de la sanction financière et de l'astreinte sont proportionnés à la gravité des manquements constatés » ;

– d'autre part, qu'ils « tiennent compte, le cas échéant, de la réitération des manquements sanctionnés dans un délai de deux ans à compter de la date à laquelle la première décision de sanction est devenue définitive ».

Entre 2018 et 2022, l'ANSM n'a prononcé que huit sanctions au titre de la réglementation relative aux pénuries, pour un montant total de 922 000 euros. L'ANSM a prononcé en 2023 des sanctions financières d'un montant cumulé de 566 000 euros à l'encontre de six exploitants pour des manquements à leurs obligations relatives à la constitution de stocks de sécurité et de plans de gestion de pénurie. En 2024, l'ANSM a prononcé des sanctions financières à l'encontre de onze laboratoires n'ayant pas respecté l'obligation de constituer un stock de sécurité renforcé équivalent à quatre mois de couverture des besoins, pour un montant cumulé de 8,2 millions d'euros.

2. Ces obligations n'empêchent pas la multiplication des phénomènes de ruptures en France et en Europe

a. Les ruptures touchent toutes les classes de médicaments et menacent également les dispositifs médicaux et leurs conséquences sont multiples

• Ces mesures n'ont toutefois pas permis de réduire les tensions dans l'approvisionnement en MITM ces dernières années. Le nombre de déclarations de ruptures ou de risques de ruptures de stock de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) n'a cessé d'augmenter ces dernières années. En 2023, 4 925 signalements de risque ou de ruptures ont été recensés, contre 1 499 en 2019 ⁽¹⁾. Cette situation dépasse les frontières nationales : ainsi, une récente enquête du Groupement pharmaceutique de l'Union européenne (GPUE) montre que les pénuries de produits de santé étaient en hausse en 2022 ⁽²⁾. Le nombre de ruptures d'approvisionnement a augmenté dans 75 % des États et aucun n'a connu d'amélioration par rapport à la situation antérieure. Pour un quart des pays, plus de 600 médicaments étaient en rupture au moment de l'étude, en forte dégradation par rapport à la situation en 2021. Toutes les classes thérapeutiques sont concernées : les médicaments du système cardiovasculaire, du système nerveux central et les anti-infectieux (antibiotiques compris) étant les plus recherchés. Dans vingt-sept des vingt-neuf États répondants, cette détérioration s'est traduite par une dégradation du service rendu aux patients, par des arrêts de traitement, des surcoûts, des pertes d'efficacité thérapeutique, des erreurs médicamenteuses et des effets indésirables. Pour la première fois, quatre pays ont même mentionné des décès. Les dispositifs médicaux (DM) et les dispositifs de diagnostic *in vitro* (DMDIV) pâtissent également de ruptures d'approvisionnement dans deux tiers des États.

(1) Selon la fiche d'évaluation préalable de l'article, figurant à l'annexe 9 du PLFSS 2025, p. 109.

(2) PGEU Medicine Shortages Survey 2022 Results, 19 p.

• Le risque de pénurie menace également désormais le secteur des dispositifs médicaux. Selon une enquête récente ⁽¹⁾ du Syndicat national des industries et technologies médicales (Snitem) auprès de ses adhérents, près de 70 % des entreprises produisant des dispositifs médicaux rencontrent des difficultés d’approvisionnement en matières plastiques, 34 % s’agissant des composants électroniques et respectivement 32 % et 28 % des entreprises rencontrent des difficultés d’approvisionnement en acier et en matériaux semi-conducteurs. D’autres matières premières ont également été signalées comme faisant l’objet de tension d’approvisionnement comme le titane, les matières textiles et fils lycra, l’élasthanne, le polypropylène et polyéthylène ou encore les résines. Selon cette enquête, 70 % des entreprises constatent une augmentation moyenne de cinquante jours de délais d’approvisionnement et 84 % considèrent que les engagements des fournisseurs ne sont pas respectés, induisant des ruptures de stock pour un tiers des entreprises sondées. En 2023, 105 dispositifs médicaux ont été signalés en pénurie auprès de l’ANSM, affectant de très nombreux patients. Ces pénuries ont touché divers types de dispositifs médicaux, allant des consommables (produits à usage unique) aux équipements spécialisés. Toutes les disciplines médicales et chirurgicales sont concernées : la cardiologie, la chirurgie, la pédiatrie, la radiologie, l’orthopédie, la neurologie, la thérapie cellulaire ⁽²⁾.

• La gestion des ruptures d’approvisionnement a des conséquences multiples dans le fonctionnement de l’ensemble la chaîne d’approvisionnement des produits de santé et se traduit par une perte d’efficacité qui s’ajoute aux conséquences sanitaires pour les patients. Selon l’enquête précitée du GPUE, le temps dédié par l’équipe officinale pour pallier les conséquences des ruptures d’approvisionnement est passé à 6,68 heures chaque semaine, en augmentation par rapport à l’année 2021 (5,3 heures) ⁽³⁾.

Les mesures mises en place pour répondre à ces fortes tensions d’approvisionnement rencontrées dans tous les pays européens sont globalement convergentes entre les États :

– le recours aux génériques est largement plébiscité comme première solution en cas de rupture (pour vingt-sept États) ;

– la recherche d’approvisionnement alternatif ou le recours aux préparations magistrales (pour dix-huit États) constitue le deuxième niveau de réponse ;

– le recours à un dosage différent en ajustant la posologie (pour seize États) est le troisième niveau de réponse à la tension.

(1) Les conclusions de cette enquête sont présentées dans Snitem info, n° 223 – automne 2021, p. 7.

(2) Selon la fiche d’évaluation préalable de l’article, figurant à l’annexe 9 du PLFSS 2025, p. 109.

(3) PGEU Medicine Shortages Survey 2022 Results, 19 p.

Différentes catégories de ruptures

La rupture d’approvisionnement (ou **pénurie**) se définit comme l’incapacité pour une pharmacie d’officine ou une pharmacie à usage intérieur (hôpital) de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures, après avoir effectué une demande d’approvisionnement auprès de deux entreprises exerçant une activité de distribution de médicaments (grossiste ou répartiteur). Ce délai de 72 heures peut être réduit à l’initiative du pharmacien en fonction de la compatibilité avec la poursuite optimale du traitement du patient.

La rupture de stock se définit comme l’impossibilité pour le fabricant ou l’exploitant de fabriquer ou d’exploiter un médicament.

L’arrêt de commercialisation est une décision de l’exploitant du médicament qui implique d’interrompre la commercialisation du médicament. Une fois la commercialisation arrêtée, l’exploitant n’est plus soumis aux obligations d’approvisionnement.

b. Les causes de ces ruptures sont multiples, et structurelles, renforçant la nécessité d’un pilotage national renforcé

Les causes de ruptures d’approvisionnement sont multiples : elles peuvent être liées à des dysfonctionnements liés à la chaîne de distribution du médicament qui se traduisent dans une mauvaise allocation des stocks au regard des besoins mais aussi à des causes structurelles touchant le processus de fabrication du médicament comme l’indisponibilité de matières premières, un défaut de qualité nécessitant l’interruption de la production, un arrêt de commercialisation sans repeneur identifié... Certaines ruptures sont consécutives à une décision d’arrêt de commercialisation du médicament, notamment lorsque le médicament est commercialisé depuis de nombreuses années (médicament mature) et que son prix, devenu trop bas, ne permet plus à l’exploitant de dégager une marge suffisante pour poursuivre sa commercialisation.

Le pilotage des stocks de produits de santé est aujourd’hui insuffisant par absence d’outil partagé par l’ensemble des acteurs de la chaîne du médicament, ce qui entrave l’action de l’ANSM qui peine dans ce contexte à corriger une éventuelle mauvaise allocation des stocks de médicaments entre les acteurs de la chaîne, ni d’anticiper la mise en place d’un contingentement des stocks de produits de santé menacés de pénurie. La disponibilité de l’information sur l’état et la localisation des stocks des entreprises reste limitée, les initiatives mises en œuvre par l’industrie pharmaceutique en lien avec l’ANSM demeurant, sur ce point, insuffisantes. Ainsi, la plateforme TRACStocks, élaborée par le syndicat des entreprises du médicament (Leem) avec le concours de l’ANSM afin de permettre le partage de données sur les stocks et les prévisions d’approvisionnement des laboratoires pharmaceutiques, n’est utilisée pour l’instant que par 37 % des entreprises du médicament et ne concerne 1 227 spécialités pharmaceutiques ⁽¹⁾. **À défaut pour**

(1) Leem, « Pénuries de médicaments : 2 propositions concrètes afin d’améliorer la disponibilité des traitements pour les patients », communiqué de presse, 10 novembre 2023.

l'ANSM de disposer d'un outil centralisé lui permettant de connaître en temps réel, l'état des stocks de médicaments, l'anticipation et la prévention des risques de ruptures relève de la seule responsabilité des exploitants.

À titre d'exemple, l'augmentation des besoins en amoxicilline au cours de l'hiver 2022-2023 était prévisible après deux saisons hivernales caractérisées, dans le contexte des confinements successifs, par une moindre circulation des agents infectieux. Or, la consommation attendue a manifestement été sous-estimée par une partie des acteurs, les laboratoires ayant dû ensuite adapter leur production, sans parvenir à répondre à l'ensemble des besoins ⁽¹⁾. Une connaissance par l'ANSM de l'état des stocks aurait permis d'anticiper ce risque et d'adapter le volume de médicaments mis à disposition sur le marché français.

Si une connaissance agrégée de l'état des stocks par l'ANSM peut permettre de prévenir et d'éviter certaines situations de ruptures liées à une mauvaise allocation des stocks entre les différents acteurs de la chaîne du médicament, les pénuries liées à un arrêt de commercialisation ou à un problème industriel de production nécessitent une adaptation du cadre législatif et réglementaire pour garantir une juste dispensation des produits de santé afin d'éviter tout risque de gaspillage. Le cadre législatif et réglementaire évolue donc vers un meilleur encadrement de la délivrance du médicament en cas de rupture d'approvisionnement pour garantir une juste dispensation.

B. LES OBLIGATIONS PESANT SUR LES EXPLOITANTS SONT PRIORISÉES SUR CERTAINS MÉDICAMENTS ET SOUTENUES PAR UNE INTERVENTION CROISSANTE DE L'ÉTAT DANS LA RÉGULATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

1. Une priorisation plus fine des médicaments essentiels émerge, associée à un soutien de l'État à la relocalisation de certaines productions

• La catégorie des MITM comporte près de 6 000 médicaments, ce qui rend difficile la priorisation d'un si grand nombre d'approvisionnements. Depuis 2021, l'ANSM peut imposer à l'exploitant d'un MITM ayant fait l'objet de ruptures ou risques de rupture réguliers au cours des deux années précédentes de relever son stock de sécurité minimal de deux à quatre mois ⁽²⁾. L'ANSM a étendu cette obligation de stockage renforcé à 748 médicaments, contre 422 en 2021 ⁽³⁾.

Pour tenir compte de la difficulté pour les industriels à mettre en œuvre des obligations renforcées sur un champ très large de médicaments, **le Gouvernement**

(1) Sénat, rapport de la commission d'enquête sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française (n° 828, 2022-2023), pp. 140-141.

(2) Décret n° 2021-349 du 30 mars 2021 relatif au stock de sécurité destiné au marché national, codifié à l'article R. 5124-49-4 du code de la santé publique.

(3) Source : site internet de l'ANSM.

a publié, en juin 2023, une liste de 454 médicaments dits « essentiels ». Il s'agit de redéfinir le cadre des mesures renforcées permettant de sécuriser effectivement l'approvisionnement sans recourir uniquement à la liste très étendue des MITM, et d'aboutir à **l'identification de « médicaments stratégiques sur les plans industriel et sanitaire » (MSIS).** L'articulation entre les dispositions applicables aux MITM notamment ceux faisant l'objet de mesures renforcées, et aux MSIS n'est pas encore précisément établie. En effet, les MITM sont les seuls explicitement visés par les dispositions législatives actuellement en vigueur.

• **La direction générale des entreprises (DGE) et la direction générale de la santé (DGS) ont élaboré une liste, présentée en mai 2023, de quarante-huit médicaments MSIS dont la relocalisation est jugée prioritaire dans le cadre des investissements prévus par le plan France 2030.** Huit projets de relocalisation nécessitant l'investissement de 50 millions d'euros sont soutenus dans ce cadre, permettant la relocalisation de la production de vingt-cinq médicaments figurant sur la liste française des médicaments essentiels ⁽¹⁾. L'amoxicilline et le paracétamol sont concernés par ces projets de relocalisation. Le critère de vulnérabilité industrielle, apprécié au regard de la dépendance aux approvisionnements extra-européens a particulièrement été pris en compte par la DGE dans la priorisation des projets.

• **Plusieurs mesures adoptées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 traduisent le soutien renforcé de l'État à la relocalisation de la production de médicaments essentiels dans le cadre de la lutte contre la pénurie.** L'article 71 a notamment : précisé les modalités de **tarification des préparations magistrales** réalisées par les pharmacies d'officines en cas de rupture d'approvisionnement d'un MITM ; étendu le recours aux **préparations hospitalières spéciales réalisées par les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux qui seront possibles en cas d'arrêt de commercialisation** d'un médicament sans repreneur et autorisé la dispensation de ces préparations par les pharmacies d'officines. L'article a également créé **un nouveau statut de préparation officinale spéciale pour les préparations réalisées par certaines officines habilitées à partir de matière première à usage pharmaceutique fournie par l'Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps).** L'article 77 a par ailleurs renforcé les obligations pesant sur les entreprises exploitant un MITM dont elles souhaiteraient arrêter la commercialisation et instaure, en cas d'absence de repreneur privé, **une concession temporaire de l'autorisation de mise sur le marché à un établissement pharmaceutique public pour poursuivre l'exploitation du médicament.**

(1) Proposition de résolution n° 509 (2023-2024) de Mme Cathy Apourceau-Poly, Mme Pascale Gruny et M. Bernard Jomier, déposée au Sénat le 4 avril 2024.

2. La régulation de la demande par l'État se traduit dans l'essor des mesures d'épargne de médicaments en cas de pénurie

• **Le recours aux ordonnances conditionnelles permet de renforcer la pertinence des prescriptions.** L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 ⁽¹⁾ a introduit à l'article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique la possibilité pour le prescripteur de délivrer des « ordonnances de dispensation conditionnelle », destinées à conditionner la délivrance de certains médicaments en officine à la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TroD). L'étude d'impact jointe au projet de loi de financement visait spécifiquement les cas de prescription abusive d'antibiotiques pour le traitement d'une angine virale, dont la symptomatologie est identique à l'angine bactérienne, qui pourtant seule justifie la dispensation d'un antibiotique. Un décret du 13 décembre 2021 ⁽²⁾ précise les conditions dans lesquelles un prescripteur peut recourir à une ordonnance de dispensation conditionnelle ⁽³⁾ et les mentions obligatoires qui doivent y figurer. Il renvoie à un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale le soin d'établir la liste des médicaments pouvant donner lieu à l'établissement d'une ordonnance de dispensation conditionnelle. L'arrêté du 13 décembre 2021 fixant la liste des médicaments pour lesquels il peut être recouru à une ordonnance de dispensation conditionnelle et les mentions à faire figurer sur cette ordonnance a permis l'essor du « TroD angine ».

L'essor progressif des « TroD angine »

La promotion des TroD angine auprès des prescripteurs est une politique publique ancienne, ces tests étant gratuitement mis à disposition des médecins généralistes depuis 2002.

Sur 9 millions d'angines chaque année, seuls 1,2 million de TroD sont commandés. Cette politique a été étendue récemment aux pharmaciens, les TroD effectués en officine étant remboursés – et le pharmacien rémunéré pour leur réalisation – depuis le 1^{er} juillet 2022.

Selon la direction générale de la santé, 52 000 TroD ont été réalisés en 2022 contre 8 000 en 2021. En avril 2023, plus de 6 000 officines proposaient ces tests contre 2 000 en 2022.

• **La délivrance à l'unité permet de réduire les volumes consommés.** La délivrance à l'unité par les pharmacies d'officines inscrite dans la loi depuis 2020. L'article 40 de la loi n° 2020-105 du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire a introduit à l'article L. 5123-8 du code de la santé publique la possibilité d'une dispensation à l'unité des médicaments : « afin d'éviter le gaspillage des médicaments, lorsque leur forme pharmaceutique le permet, la délivrance de certains médicaments en officine peut se faire à l'unité ».

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Décret n° 2021-1631 du 13 décembre 2021 relatif aux modalités d'utilisation d'une ordonnance de dispensation conditionnelle de médicaments mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique.

(3) Article R. 5132-5-1 du code de la santé publique.

Un décret du 31 janvier 2022 ⁽¹⁾ a précisé les modalités particulières de conditionnement, d'étiquetage, d'information du patient et de traçabilité des médicaments délivrés à l'unité en pharmacie d'officine. Il a été complété par un arrêté du 31 mars 2022 ⁽²⁾ qui énumère les médicaments pouvant faire l'objet d'une délivrance à l'unité.

● **Les ordonnances conditionnelles et la délivrance à l'unité peuvent être imposées en cas de pénurie selon l'article 72 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024** ⁽³⁾. Cet article permet au ministre chargé de la santé d'imposer, par arrêté, le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle ou la délivrance de médicaments à l'unité en cas de rupture d'approvisionnement. Les mesures doivent être strictement proportionnées à la durée de la rupture d'approvisionnement.

3. L'intervention croissante de l'État dans la régulation de l'offre, désormais coordonnée au niveau européen, se traduit dans le recours aux achats publics nationaux et achats conjoints européens

● L'article L. 1413-3 du code de la santé publique, précise le cadre de l'intervention de l'État dans la régulation de l'offre de produits de santé. Aux termes de cet article, **l'Agence nationale de santé publique – Santé publique France – peut, la demande du ministre chargé de la santé, procéder à l'acquisition, la fabrication, l'importation**, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, ainsi que pour répondre à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs. Cette situation recouvre les **importations de produits de santé visant à compenser certaines ruptures d'approvisionnement ou arrêts de commercialisation, ou encore lorsque la quantité produite est insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles**.

● Pour répondre aux besoins massifs de vaccins contre la covid-19, la **Commission européenne a organisé l'achat groupé de vaccins pour les États membres volontaires. Elle a également créé en son sein l'HERA, une direction générale des services de la Commission, chargée du pilotage des situations d'urgence sanitaire. Celle-ci a pour mission de garantir la mise à disposition de traitements en cas de crise sanitaire**. Plus généralement, le cadre d'intervention de l'Union européenne en matière de lutte contre les crises sanitaires et les pénuries de produits de santé s'est récemment étoffé. Le Parlement européen et le Conseil ont adopté, le 25 janvier 2022, le règlement (UE) 2022/123 ⁽⁴⁾ qui précise le cadre

(1) Décret n° 2022-100 du 31 janvier 2022 relatif à la délivrance à l'unité de certains médicaments en pharmacie d'officine.

(2) Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

(3) Article L. 5121-33-1 du code de la santé publique.

(4) Règlement (UE) 2022/123 du Parlement européen et du Conseil du 25 janvier 2022 relatif à un rôle renforcé de l'Agence européenne des médicaments dans la préparation aux crises et la gestion de celles-ci en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux.

d'intervention de l'Union pour lutter contre les pénuries de médicaments en cas d'urgence de santé publique ⁽¹⁾. **L'HERA a aujourd'hui pour mandat de piloter les procédures d'achat conjoint européen de vaccins pour les États volontaires, afin d'éviter une concurrence préjudiciable entre les procédures d'achat national engagées par les États membres.**

• Ce règlement prévoit les modalités de régulation de la disponibilité des médicaments essentiels au sein des États membres par un groupe de pilotage sur les pénuries de médicaments, chargé d'établir une liste des principaux groupes thérapeutiques de médicaments nécessaires aux soins d'urgence. Cette liste a été établie en juillet 2022 et comprend environ quatre-vingts classes thérapeutiques. Parallèlement, **l'Agence européenne du médicament (EMA) est chargée du déploiement d'ici au 2 février 2025 d'une plateforme informatique appelée plateforme européenne de surveillance des pénuries, alimentée par les exploitants de médicaments critiques ainsi que les États membres, qui participent à la surveillance et à la régulation de l'offre de médicaments critiques** ⁽²⁾. Cette plateforme permettra de faciliter la collecte d'informations sur la disponibilité des médicaments critiques figurant sur cette liste.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ RENFORCE CERTAINS LEVIERS LÉGISLATIFS VISANT À PRÉVENIR ET EMPÊCHER LES RUPTURES ET PERMETTRE UNE GESTION PLUS EFFICACIEUSE DE LEURS CONSÉQUENCES

L'article propose diverses mesures visant à renforcer le cadre législatif de prévention et de lutte contre les pénuries de produits de santé (A) et à renforcer l'efficacité de la gestion des pénuries pour les dépenses d'assurance maladie (B).

A. L'ARTICLE PROPOSE DE RENFORCER CERTAINS LEVIERS LÉGISLATIFS VISANT À PRÉVENIR ET EMPÊCHER LES RUPTURES

1. Renforcer la portée des sanctions financières prononcées par l'ANSM

Le 4^o du I de l'article propose de renforcer la portée du pouvoir de sanction de l'ANSM en cas de manquement à leurs obligations par les exploitants de produits de santé. Il propose plusieurs modifications de l'article L. 5471-1 du code de la santé publique permettant :

• Au II, d'augmenter le plafond de l'astreinte journalière, pour chaque jour de rupture d'approvisionnement, passant de 30 % à 50 % du chiffre d'affaires journalier moyen ;

(1) L'urgence de santé publique est définie par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontières graves pour la santé et abrogeant la décision n° 1082/2013/UE

(2) Proposition de résolution n° 509 (2023-2024) de Mmes Cathy Apourceau-Poly, Pascale Gruny et M. Bernard Jomier, déposée au Sénat le 4 avril 2024.

● Au II, d'étendre le champ d'application des manquements pouvant donner lieu à une astreinte journalière, en complément de la sanction financière, à l'ensemble des faits constitutifs d'un manquement et listés à l'article L. 5423-9. En l'état actuel du droit ce pouvoir de sanction est restreint aux manquements énumérés du 1° au 7° de l'article. Seraient ainsi ajoutés à la liste des manquements passibles d'une astreinte journalière :

– le fait, pour un exploitant de MITM ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de propriété intellectuelle et informé par l'ANSM que les alternatives thérapeutiques ne permettent pas de couvrir les besoins d'approvisionnement de manière pérenne, de ne pas mettre en œuvre les obligations qui lui incombent aux termes de l'article L. 5124-6 pour rechercher un repreneur assurant l'exploitation effective du médicament ;

– le fait, pour un exploitant de MITM ou d'un vaccin, de ne pas se conformer aux mesures de police sanitaire décidées conformément à l'article L. 5121-33-3 par le directeur général de l'ANSM cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement, pour garantir un approvisionnement approprié et continu du marché ;

● Au III, d'augmenter le montant maximum des sanctions infligées aux personnes morales à 50 % du chiffre d'affaires, dans la limite de 5 millions d'euros, au lieu de 30 % du chiffre d'affaires, dans la limite de 1 million d'euros ;

● Au III, d'étendre le champ d'application des sanctions financières pouvant être prononcées par le directeur général de l'ANSM à l'ensemble des dix manquements relatifs à l'encadrement de la publicité sur les produits de santé prévus par l'article L. 5422-18, au lieu des seuls manquements prévus aux 1°, 2° et 3° en l'état actuel du droit ⁽¹⁾ ;

● Au IV, de renforcer la publicité des décisions de sanctions en substituant à la seule faculté pour l'Agence de publier ces sanctions sur son site internet une obligation de publication pendant un an des décisions de sanction sur son site internet. Cette durée de publication pouvant être réduite sous certaines conditions définies par décret en Conseil d'État.

(1) Aux termes de l'article L. 5422-18 du code de la santé publique, constitue un manquement soumis à sanction financière : 1° toute publicité portant sur un médicament n'ayant pas obtenu d'AMM ou d'autorisation d'importation ; 2° toute publicité auprès du public portant sur un médicament n'ayant pas obtenu de visa de publicité ou effectuée malgré son retrait ou sa suspension ; 3° toute publicité auprès des professionnels de santé dans les mêmes circonstances ; 4° toute publicité auprès du public pour un médicament soumis à prescription médicale ; 5° toute publicité auprès du public pour un médicament remboursable à l'exception de certains vaccins ; 6° toute publicité auprès du public pour un médicament dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ; 7° toute publicité auprès du public ou des professionnels de santé pour des médicaments bénéficiant d'une autorisation en accès précoce ou en accès compassionnel ; 8° toute publicité pour des générateurs, trousseaux ou précurseurs ; 9° toute campagne publicitaire non institutionnelle pour des vaccins ; 10° toute diffusion d'information relative à une autorisation temporaire d'un produit de santé qui ne respecterait pas le cadre fixé par la décision du directeur général de l'ANSM.

Les modifications proposées permettraient à l'ANSM d'adopter une échelle de sanctions mieux adaptée à la réalité économique du secteur pharmaceutique et qui soit proportionnée à la gravité des manquements constatés, au regard notamment de leur incidence sur la santé publique. Cette mesure s'inspire du dispositif de l'article 2 de la proposition de loi ⁽¹⁾ de Mme Valérie Rabault visant à lutter contre les pénuries de médicaments ⁽²⁾, s'agissant du rehaussement du plafond des sanctions et des astreintes journalières et de la durée de publicité de la sanction, qui avait fait l'objet d'un large consensus, la proposition de loi ayant été adoptée à l'unanimité.

2. Compléter les mesures d'urgence prévues en cas de pénurie

a. Étendre les possibilités de recours aux ordonnances conditionnelles et à la DAU en cas de tension d'approvisionnement saisonnière

Le 1^o du I de l'article propose d'étendre le recours à deux leviers d'épargne de médicaments adoptés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et codifiés à l'article L. 5121-33-1 du code de la santé publique. L'article L. 5121-33-1 du code de la santé publique dispose qu'en cas de rupture d'approvisionnement, un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle ou la délivrance de médicaments à l'unité. Le 1^o du I de l'article propose d'étendre le champ d'application de ces leviers d'épargne de médicaments en prévoyant qu'ils peuvent être utilisés « 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 ». Selon la fiche d'évaluation préalable de l'article figurant en annexe 9 au projet de loi de financement ⁽³⁾, cette mesure vise à mieux anticiper et prévenir le risque de pénurie de médicaments soumis à une forte saisonnalité, à l'instar des antibiotiques en hiver et des antihistaminiques au printemps. Cette mesure permettrait au ministre chargé de la santé d'imposer la délivrance à l'unité et le recours aux ordonnances conditionnelles pour les médicaments dont la pénurie est constatée en lien avec les variations saisonnières. Elle serait ainsi complémentaire au « plan de sécurisation de la couverture des besoins en produits de santé au cours des pathologies hivernales » porté par l'ANSM. Ces mesures permettent par ailleurs de lutter contre le gaspillage et l'antibiorésistance par un contrôle plus strict des volumes consommés et de la pertinence des prescriptions.

(1) Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à lutter contre les pénuries de médicaments le 29 février 2024, T.A. n° 247.

(2) Rapport n° 2214 de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la proposition de loi de Mme Valérie Rabault visant à lutter contre les pénuries de médicaments, février 2024.

(3) Fiche d'évaluation préalable de l'article 19, annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, p. 109.

b. Étendre la possibilité pour le pharmacien de remplacer un médicament par un autre en cas de risque de rupture

Le 2° du I de l'article propose d'étendre le champ d'application de la mesure prévue au V de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique qui autorise le pharmacien, en cas de rupture de stock d'un MITM, à remplacer le médicament prescrit par un autre médicament conformément à la recommandation établie par l'ANSM sur son site internet. À cet effet, le 2° du I propose d'étendre cette possibilité aux situations de tension d'approvisionnement d'un MITM, en précisant que les conditions d'un tel remplacement par le pharmacien sont réunies dès lors que le médicament prescrit est un MITM mentionné sur la liste des MITM en rupture ou risque de rupture établie par le directeur général de l'ANSM et prévue par l'article L. 5121-30. Un tel remplacement est toutefois toujours soumis à la recommandation de l'ANSM, conformément au dispositif en vigueur à l'article L. 5125-23. Cette mesure se distingue du pouvoir de substitution⁽¹⁾ du pharmacien qui est de droit, mais limitée au remplacement du médicament prescrit par un autre médicament du même groupe générique figurant au répertoire des médicaments génériques de l'ANSM et conditionnée à l'absence de surcoût induit pour les dépenses d'assurance maladie⁽²⁾.

c. Autoriser sous certaines conditions le remplacement d'un dispositif médical en rupture par un dispositif médical alternatif

Le 3° du I de l'article 19 propose la création d'un nouvel article L. 5215-1 au sein d'un nouveau chapitre V au titre I^{er} du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique, intitulé « Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux » permettant d'autoriser et de financer la délivrance d'un dispositif médical alternatif à un dispositif médical en rupture d'approvisionnement en cas d'urgence. L'objectif de la mesure est de permettre une prise en charge temporaire et dérogatoire d'une ou plusieurs alternatives à des dispositifs médicaux en rupture ou risque de rupture, dans des conditions de délivrance et tarifaires identiques. Dans ce cadre, la dérogation pourra s'étendre aux conditions de délivrance, de distribution ou de facturation de ces produits.

À cet effet, le 3° du I de l'article propose la création, au sein du nouveau chapitre V du code, d'un nouvel article L. 5215-1 comprenant quatre alinéas, qui prévoient :

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de déterminer par arrêté les dispositifs médicaux alternatifs pouvant être délivrés en remplacement de dispositifs médicaux prescrits, lorsque l'interruption ou la cessation attendue de la fourniture d'un dispositif médical inscrit au remboursement est susceptible d'entraîner un préjudice grave ou un risque de préjudice grave pour les patients ou la santé publique. Dans ce cas, l'arrêté, pris sur proposition de l'ANSM précise les indications correspondantes ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie ;

(1) Article L. 5125-23 du code de la santé publique.

(2) Article L. 162-16 du code de la sécurité sociale.

– la possibilité à titre dérogatoire et lorsqu’il n’existe aucune autre alternative thérapeutique disponible qui soit prise en charge par l’assurance maladie, de délivrer un dispositif médical ne figurant pas sur la liste des produits et prestations inscrits au remboursement. Dans ce cas, son exploitant peut bénéficier d’une prise en charge, dans la limite du tarif de prise en charge du dispositif indisponible, pour une durée maximale d’un an, à condition qu’il se conforme aux dispositions prévues au I et II de l’article L. 5211-3 du code de la santé publique, visant le règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017, en particulier à l’article 5 relatif aux règles de droit commun régissant la mise sur le marché et l’article 59 relatif à la mise sur le marché dérogatoire ne respectant pas la procédure de droit commun mais justifiée par un intérêt de santé publique ou de sécurité et santé des patients ;

– la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de modifier les conditions de délivrance, de distribution et de facturation des produits concernés ;

– le renvoi à un décret en Conseil d’État s’agissant de la définition des modalités de cette prise en charge dérogatoire.

B. L’ARTICLE 19 PRÉVOIT L’INTÉGRATION DES PROCÉDURES D’ACHAT PUBLIC DE PRODUITS DE SANTÉ DANS LA RÉGULATION DU MARCHÉ POUR GARANTIR UNE GESTION PLUS EFFICIENTE DES PÉNURIES

1. Tenir compte du prix fixé dans le cadre d’un achat public dans la procédure de droit commun de détermination du prix de vente

Aux termes de l’article L. 162-16-4, qui détermine les règles de fixation du prix des médicaments en France, la fixation du prix d’un médicament tient compte principalement de l’amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l’évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d’utilisation du médicament. Elle peut également tenir compte de la sécurité d’approvisionnement du marché français que garantit l’implantation des sites de production depuis l’entrée en vigueur de l’article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Le 1° du II de l’article modifie le I de l’article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, afin d’inclure le nouveau critère du prix ou du tarif du médicament, déduction faite des remises et taxes en vigueur, fixé dans le cadre d’un achat national effectué par Santé publique France 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. Cette mesure vise à tirer profit des gains d’efficience permis par la commande publique nationale ou européenne permettant aux États de bénéficier de conditions tarifaires favorables en contrepartie de commandes portant sur des volumes très importants. La mesure permettrait ainsi

au Ceps de prendre en compte le prix négocié dans le cadre d'un achat national ou d'un achat conjoint pour déterminer le prix de vente au public en France. Cette mesure permettra ainsi de prendre en compte le tarif fixé dans le cadre de l'achat public pour la négociation du prix entre le Ceps et l'exploitant. L'objectif est ici d'éviter que le Ceps soit contraint de fixer un prix de vente au public significativement supérieur au prix négocié dans le cadre d'un achat public qu'il soit national ou européen, sans que cette différence de prix soit justifiée.

2. Garantir l'utilisation prioritaire des stocks acquis par commande publique

Le 2° du II de l'article prévoit la possibilité de suspendre toute procédure d'inscription au remboursement de droit commun des spécialités ayant fait l'objet d'un achat public, afin d'éviter la coexistence de deux régimes concurrents d'accès aux spécialités et le risque de double paiement pour l'assurance maladie. À cette fin, il propose la création d'un nouvel article L. 162-19-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit que lorsqu'une spécialité pharmaceutique est acquise par Santé publique France dans les conditions prévues par l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou dans le cadre d'un achat conjoint européen dans les conditions 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, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre les procédures de droit commun d'inscription au remboursement ou de tarification pour la spécialité concernée et l'ensemble des spécialités comparables ou à même visée thérapeutique, 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 code de la sécurité sociale, jusqu'à l'épuisement du stock de cette spécialité et dans la limite de deux ans.

La fiche d'évaluation préalable de l'article, figurant en annexe 9 au PLFSS, illustre l'intérêt de cette mesure par l'exemple de la lutte contre les infections respiratoires pédiatriques qui a nécessité un achat public de vaccins. Pour un stock permettant d'immuniser 80 % des nouveaux nés d'une classe d'âge, la valeur totale du stock est estimée à environ 190 millions d'euros. Ainsi, si 20 % des immunisations annuelles étaient réalisées au moyen d'autres produits que ceux issus du stock d'État et que ces derniers étaient vendus au même tarif, le surcoût pour l'assurance maladie serait de 11,4 millions d'euros.

*

* *

Article 20

Pertinence des dispositifs médicaux numériques pris en charge par l'assurance maladie

Le présent article autorise le traitement de données de santé collectées par un dispositif médical à composante numérique, par les distributeurs au détail et avec l'accord du patient, afin d'évaluer la pertinence de la prescription au regard notamment des données d'utilisation du dispositif. Lorsque ces données révèlent que la prescription n'est pas pertinente, notamment en cas de faible utilisation, le prescripteur peut décider de ne pas la renouveler, ce qui entraîne l'arrêt de la prise en charge par l'assurance maladie. Les modifications apportées s'appliquent également aux dispositifs médicaux prescrits dans le cadre d'une activité de télésurveillance.

La mesure proposée permet une économie estimée à 20 millions d'euros en 2025.

I. LE DROIT COMMUN DE L'INSCRIPTION AU REMBOURSEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX EST PARTIELLEMENT COMPATIBLE AVEC LA PRISE EN COMPTE DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

A. LA PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX OBÉIT AUX RÈGLES DE DROIT COMMUN DE L'INSCRIPTION AU REMBOURSEMENT

1. La prise en charge des dispositifs médicaux dépend de leur inscription sur liste, qui repose leur qualité et le service rendu

• La prise en charge ou le remboursement des dispositifs médicaux par l'assurance maladie est une décision du ministre chargé de la santé après avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts), commission spécialisée de la Haute Autorité de santé en charge de l'évaluation de ces catégories de produits. Cette décision se traduit par l'inscription du produit sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque l'inscription est sollicitée en nom de marque, l'admission au remboursement est étudiée par la Cnedimts qui procède à une évaluation de la qualité et de la sécurité d'utilisation du dispositif⁽¹⁾. L'avis porte notamment sur l'appréciation du service attendu ou rendu (SA/SR) et, si ce dernier est suffisant, de l'amélioration du service attendu ou rendu (ASA/ASR). Le dossier de demande d'inscription au remboursement comporte l'ensemble des informations nécessaires à l'évaluation de la qualité et de la sécurité d'utilisation du dispositif médical. Les informations dont dispose la Cnedimts doivent permettre⁽²⁾ :

– de démontrer le bénéfice clinique du produit ainsi que sa place dans la stratégie thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap ;

(1) Cette évaluation est régie par les articles R. 165-11 et R. 165-11-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Haute Autorité de santé, LPPR : Dépôt d'un dossier auprès de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, juin 2024, p. 7.

– de déterminer si l’utilisation du dispositif requiert la création ou la modification d’un acte à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

L’avis rendu est motivé et indique si le service attendu (SA) est suffisant pour justifier la prise en charge du produit. Lorsque tel est le cas, l’avis précise les recommandations d’utilisation du produit, ainsi que son conditionnement. L’avis indique également le niveau d’amélioration du service rendu (ASA) du produit par comparaison aux produits disponibles sur le marché et à même visée thérapeutique. L’amélioration du service rendu est notée de I à V : l’ASA I correspondant à une amélioration majeure et l’ASA V à une absence d’amélioration.

L’avis définitif de la Cnedimts est ensuite transmis au Comité économique des produits de santé (Ceps), chargé de la négociation du prix avec l’exploitant.

La détermination du prix d’un dispositif médical suppose à la fois la fixation du tarif de responsabilité ⁽¹⁾, qui correspond à la base tarifaire de remboursement de l’assurance maladie, et la fixation du prix limite de vente ⁽²⁾, c’est-à-dire le niveau de prix maximal auquel le dispositif médical peut être vendu. Le tarif de responsabilité et le prix limite de vente sont établis par convention entre l’exploitant et le Ceps, et à défaut d’accord, ils sont déterminés unilatéralement par le Ceps. Le tarif est principalement fixé au regard du niveau d’ASA figurant dans l’avis de la Cnedimts, toutefois il peut également tenir compte de la sécurité d’approvisionnement du marché français que garantit l’implantation des sites de production ⁽³⁾, mais non des fonctions de télésurveillance lorsqu’elles existent. Un dispositif médical peut avoir plusieurs indications thérapeutiques et plusieurs ASA de niveaux variables, chacune donnant lieu à une négociation distincte.

L’inscription au remboursement peut être sollicitée en description générique. C’est possible si un dispositif médical déjà inscrit au remboursement présente des indications de prise en charge identiques, un même service rendu, un socle de spécifications techniques minimal commun et un tarif de remboursement déterminé. Le demandeur identifie alors parmi les lignes génériques figurant déjà sur la liste des produits et prestations celle qui correspond le mieux à son produit. Il s’assure ensuite que le dispositif médical dont il demande l’inscription répond aux critères d’entrée dans la description générique du produit, puis il s’inscrit lui-même sur la liste sans qu’un dossier auprès de la Cnedimts soit nécessaire. Par la suite, il déclare cette auto-inscription à l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Enfin, et au minimum tous les cinq ans, la Cnedimts réévalue les descriptions génériques.

(1) Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 165-3 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, modifié par l’article 36 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

La prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif médical dépend donc de son inscription sur la liste des produits et prestations remboursables qui répond prioritairement à des critères d'évaluation de qualité et de sécurité d'utilisation.

2. Le droit commun du remboursement des dispositifs médicaux ne permet pas de conditionner leur prise en charge à leur utilisation effective

Dans un arrêt du 28 novembre 2014 ⁽¹⁾, le Conseil d'État a annulé pour incompétence deux arrêtés ministériels des 9 janvier et 22 octobre 2013 ayant pour effet de conditionner et de moduler la prise en charge d'un dispositif médical à l'observance du traitement par le patient, observance mesurée par une collecte de données permise par ledit dispositif médical.

Le Conseil d'État a considéré que les arrêtés attaqués avaient pour effet de subordonner la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du dispositif médical à pression positive continue (PPC) non seulement à sa prescription et à son utilisation dans des conditions conformes aux modalités qu'ils prévoient, mais aussi à l'observance par les patients de leur traitement, en fixant une durée minimale d'utilisation de l'appareil contrôlée par un dispositif de transmission automatique des données. Selon le Conseil d'État, les dispositions de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ne permettaient pas aux ministres de conditionner la prise en charge d'un dispositif médical inscrit sur la LPPR, à son utilisation effective par le patient.

B. L'ESSOR DE LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX NUMÉRIQUES INVITE À RENFORCER LE CONTRÔLE DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

● La télésurveillance permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données de santé nécessaires au traitement du patient et de prendre des décisions relatives à sa prise en charge. La télésurveillance médicale s'inscrit dans le cadre plus global des activités de télé médecine définies à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique comme « les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant des technologies de l'information et de la communication » ⁽²⁾. La télé médecine recouvre cinq catégories d'actes médicaux :

– la téléconsultation qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;

– la télé-expertise par laquelle un professionnel médical sollicite à distance l'avis de professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

(1) Conseil d'État, 28 novembre 2014, req. n° 366931.

(2) Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine.

– la télésurveillance médicale qui autorise un professionnel médical à interpréter à distance les données nécessaires au suivi d’un patient et à prendre des décisions relatives à sa prise en charge. L’enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés, effectués par le patient lui-même ou relever d’un professionnel de santé ;

– la téléassistance qui amène un professionnel médical à assister à distance un autre professionnel pour un acte médical ;

– la régulation médicale qui désigne la réponse apportée par un médecin dans le cadre de l’activité de régulation téléphonique.

● La télésurveillance médicale trouve son origine dans les lois de financement de la sécurité sociale.

L’article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a autorisé l’expérimentation de la télémedecine pour quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2014 au moyen du programme d’Expérimentations de télémedecine pour l’amélioration des parcours en santé (Etapas) déployé initialement dans neuf régions ⁽¹⁾.

L’article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a prorogé d’un an les expérimentations de télémedecine et les a étendues à l’ensemble du territoire ⁽²⁾. Le programme « Etapas » a été reconduit pour quatre ans pour soutenir le développement de projets de télésurveillance dans la prise en charge de certaines affections de longue durée par l’article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽³⁾.

L’article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a posé le cadre juridique de droit commun d’autorisation et de financement des activités de télésurveillance médicale, et prévu certaines mesures transitoires pour régir la fin des expérimentations ⁽⁴⁾. Le programme « Etapas » a pris fin le 1^{er} juillet 2023, ouvrant la prise en charge de droit commun de la télésurveillance dans six indications thérapeutiques : l’insuffisance cardiaque, l’insuffisance rénale, le diabète, l’insuffisance respiratoire, le suivi des prothèses cardiaques implantables et l’oncologie.

Enfin, l’article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a modifié les conditions d’inscription au remboursement de droit commun des dispositifs médicaux de télésurveillance sur la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM), en instaurant une présomption légale de conformité pour les dispositifs médicaux précédemment inscrits au remboursement au titre de la liste des produits et prestations (LPP) ⁽⁵⁾.

(1) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(3) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(5) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

● L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a créé un modèle inédit de prise en charge de droit commun spécifique à la télésurveillance, combinant la rémunération de l'activité de suivi médical assurée par un opérateur de télésurveillance et celle du dispositif médical numérique nécessaire à cette activité.

Par dérogation aux dispositions relatives à la prise en charge des dispositifs médicaux inscrits au remboursement sur la liste de produits et prestations (LPP), l'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, codifié à l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale, a ouvert la possibilité de moduler le tarif de responsabilité ou le prix au regard du bon usage apprécié en fonction des données collectées par le dispositif médical numérique. Cette modulation est sans incidence sur la qualité et le niveau de prise en charge pour le patient ⁽¹⁾.

● La transmission de données de santé par le patient au moyen d'un dispositif médical numérique que permet la télésurveillance est une voie d'amélioration de la pertinence des prescriptions ainsi que de l'efficacité de la dépense publique. Le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2017 qualifie la télésurveillance médicale d'« important levier d'efficacité » ; son intérêt pour le suivi et la prise en charge de onze millions de personnes souffrant de pathologies chroniques en France y est souligné ⁽²⁾.

Le développement de la télémedecine, et tout particulièrement de la télésurveillance, contribue à l'objectif de modernisation de la prise en charge médicale et d'amélioration de l'accès aux soins figurant dans la stratégie nationale « Ma Santé 2022 numérique », dont l'action 18 prévoit l'accompagnement au déploiement de la télémedecine ⁽³⁾. Selon la fiche d'évaluation préalable du présent article ⁽⁴⁾, la dynamique de croissance caractérise le secteur des dispositifs médicaux à hauteur de +4,2 % par an entre 2017 et 2023, et de +4,6 % entre 2022 et 2023. Tout comme l'essor des dispositifs médicaux à composante numérique, cette croissance requiert d'adapter le cadre légal afin de renforcer la pertinence des prescriptions de dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR ainsi que de lutter contre la fraude.

Les Inspections générales des affaires sociales et des finances ont formulé plusieurs recommandations récentes visant à mieux réguler la croissance des dépenses de dispositifs médicaux ⁽⁵⁾. Elles recommandent une modification

(1) « Cette modulation du tarif de responsabilité ou du prix des produits et prestations mentionnés audit article L. 165-1 ne peut avoir d'incidence sur la qualité de la prise en charge du patient par les prestataires. Une moindre utilisation du dispositif médical ne peut en aucun cas conduire à une augmentation de la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13 aux frais afférents à ce dispositif et à ses prestations associées. »

(2) *Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VII « La télémedecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre », septembre 2017.*

(3) *Ma Santé 2022 un engagement collectif, Feuille de route « accélérer le virage numérique », dossier d'information, conférence ministre, jeudi 25 avril 2019, p. 22.*

(4) *Fiche d'évaluation préalable de l'article 20, annexe 9 du présent projet de loi de financement, p. 119.*

(5) *Inspection générale des finances – Inspection générale des affaires sociales, Revue de dépenses : les dispositifs médicaux, mars 2024, p. 25.*

législative subordonnant le remboursement à une utilisation effective. En effet, un produit mis à disposition du patient mais qui n'est pas utilisé, ou utilisé insuffisamment pour avoir un effet thérapeutique, peut continuer à faire l'objet d'un remboursement.

II. L'ARTICLE 20 CONDITIONNE LA PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX NUMÉRIQUES À LEUR UTILISATION EFFECTIVE ET RÉFORME LA PRISE EN CHARGE DE LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE

L'article 20 modifie l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale afin d'autoriser le traitement de données de santé collectées au moyen des dispositifs médicaux numériques à des fins d'évaluation de la pertinence et plus uniquement à des fins thérapeutiques. Cette disposition portant sur la télésurveillance médicale, les modifications proposées réforment simultanément le cadre juridique applicable.

A. SUBORDONNER LA PRISE EN CHARGE D'UN DISPOSITIF MÉDICAL NUMÉRIQUE À SON UTILISATION EFFECTIVE

Le **c** du **1°** modifie le premier alinéa de l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale pour autoriser le traitement de données de santé collectées au moyen d'un dispositif médical numérique inscrit sur la liste des produits et prestations aux fins d'évaluation de la pertinence de la prescription, et plus seulement dans le cadre de la mise en œuvre du traitement. L'accord préalable du patient à la collecte de ces données conditionne le mécanisme proposé.

Le **2°** modifie les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 165-1-3, pour préciser les modalités de recueil des données de santé dans le cadre d'une évaluation de la pertinence. Il ne modifie pas pour l'essentiel le principe selon lequel les données de santé sont transmises, avec l'accord du patient, au médecin prescripteur, au service du contrôle médical et au distributeur au détail fournisseur du dispositif médical et qui remplace le « prestataire » figurant dans l'actuelle rédaction. La principale modification tient à la réévaluation de la pertinence et de l'efficacité de sa prescription par le prescripteur, aujourd'hui facultative, qui deviendrait à la fois obligatoire et régulière. L'objectif de cette évaluation reste conforme à celui figurant dans l'actuelle rédaction de l'article puisqu'elle permet au distributeur de déployer, en lien avec le prescripteur, des actions promouvant la bonne utilisation du dispositif médical. La référence aux prestations et services associés à ce dispositif est abandonnée dans la rédaction proposée.

Le **4°** précise que, lorsque l'évaluation des données d'utilisation par le distributeur, transmises au prescripteur, conclut à une prescription non pertinente, ce dernier est susceptible de ne pas renouveler sa prescription. La « faible utilisation du dispositif » justifie le caractère non pertinent de la prescription et la fin de la prise en charge. L'emploi du terme « notamment » suggère que le niveau d'utilisation du dispositif médical ne constitue pas le seul critère pris en compte pour apprécier la pertinence de la prescription.

La mesure proposée ne permet pas de moduler le taux de remboursement dont bénéficie le patient en fonction de l'utilisation effective du dispositif. Les dispositions inchangées du quatrième alinéa de l'article L. 165-1-3 sont explicites ⁽¹⁾.

B. RÉFORMER LE CADRE DE LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE

Le **a** du 1^o de l'article 20 supprime la référence aux affections chroniques figurant au premier alinéa de l'article L. 165-1-3, qui encadre les indications pour lesquelles une télésurveillance médicale est possible. Cette modification élargit le champ de l'article à l'ensemble des indications nécessitant une prescription de dispositif médical numérique, et plus uniquement aux activités de télésurveillance médicale.

Le **b** du 1^o et le 3^o proposent de substituer respectivement au premier et au quatrième alinéa à la référence aux « prestataires », la référence aux « distributeurs au détail ». Alors que les prestataires de service doivent disposer de personnels « titulaires d'un diplôme, d'une validation d'acquis d'expérience professionnelle ou d'une équivalence attestant d'une formation à la délivrance de ces matériels ou de ces services et respecter des conditions d'exercice et règles de bonne pratique », aux termes de l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, les distributeurs au détail ne sont pas définis dans le code de la santé publique. Cette catégorie désigne de manière générale les intermédiaires de vente entre les fournisseurs et les clients. Les distributeurs au détail englobent les pharmaciens, contrairement aux prestataires ce qui a pour effet d'élargir le champ des professionnels autorisés à traiter les données à caractère personnel transmises au titre de l'application de l'article L. 165-1-3.

Le 2^o complète et précise le cadre légal dans lequel s'inscrit l'évaluation de la pertinence des prescriptions de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations, au moyen du traitement des données de santé que permet leur composante numérique. Le distributeur au détail chargé du recueil des données de santé collectées par le dispositif médical peut, après avoir obtenu l'accord du patient, transmettre ces informations à un tiers de confiance habilité dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le 2^o précise par ailleurs que le défaut de transmission des données du fait du distributeur au détail est inopposable au patient, pour le protéger d'éventuels manquements de celui-là. Les conséquences d'un refus opposé par le patient à la transmission de ses données de santé ne sont pas prévues dans le dispositif de l'article 20.

(1) « Une moindre utilisation du dispositif médical ne peut en aucun cas conduire à une augmentation de la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13 aux frais afférents à ce dispositif et à ses prestations associées. »

Le 4° instaure une obligation d'information du patient pesant sur le distributeur au détail. C'est lui, et non le prescripteur, qui informe le patient d'un non-renouvellement de la prescription si les données d'utilisation montrent qu'elle n'est pas pertinente. Cette évolution s'applique aux prescriptions de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations comme à ceux prescrits dans une activité de télésurveillance médicale.

*

* *

Article 21

Modification des paramètres de l'expérimentation relative au modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Le présent article augmente le nombre de départements susceptibles de participer à l'expérimentation prévue à l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 relative à la fusion des sections « soins » et « dépendance » dans le budget des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Il modifie également la date à laquelle les départements volontaires doivent avoir transmis la délibération faisant état de leur candidature au représentant de l'État dans le département. Enfin, il rectifie les modalités de financement de l'expérimentation et précise transferts financiers qui doivent intervenir entre le budget de l'État, le budget de la branche autonomie et les départements.

I. LA SITUATION ACTUELLE : UNE EXPÉRIMENTATION LANCÉE POUR RÉFORMER LE MODÈLE DE FINANCEMENT DES EHPAD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont aujourd'hui confrontés à d'importantes difficultés financières, qui conduisent à pointer du doigt la complexité et l'inadaptation de leur modèle de financement face à l'évolution des besoins des résidents qui y sont accueillis.

Une réforme des modalités de financement des Ehpad a été engagée à l'automne 2023, avec pour objectif affiché de parvenir à l'intégration des dépenses afférentes aux soins et des dépenses afférentes à la dépendance au sein d'une unique section tarifaire. L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 ⁽¹⁾ prévoit, à ce titre, l'expérimentation d'une fusion des sections « soins » et « dépendance » dans les départements volontaires.

A. LE PRINCIPE DU FINANCEMENT TRIPARTITE DES EHPAD EST DE PLUS EN PLUS CONTESTÉ

Le financement des Ehpad repose sur la distribution entre trois sections tarifaires des dépenses relatives aux soins, à la dépendance et à l'hébergement. Chacune de ces sections est abondée par des ressources provenant de trois financeurs : la branche autonomie de la sécurité sociale, les départements et les résidents eux-mêmes.

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Or, ce financement tripartite est aujourd'hui remis en cause par les acteurs du secteur, du fait de sa complexité d'une part, mais aussi en raison de son inadaptation croissante à l'évolution du profil des résidents accueillis en Ehpad, dont l'état de santé et le niveau de dépendance croissant rendent de plus en plus artificielle la distinction entre les dépenses relatives aux soins et celles afférentes à la dépendance.

1. Le financement actuel des Ehpad repose sur trois sections tarifaires

Le budget des Ehpad est divisé en trois sections tarifaires auxquelles sont affectées les charges et les ressources de l'établissement. L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit ainsi l'existence de trois forfaits globaux, respectivement relatifs aux soins, à la dépendance et à l'hébergement.

- **Le forfait global relatif aux soins** finance les charges relatives aux prestations de services à caractère médical et aux interventions du personnel médical et paramédical assurant les soins. Son montant tient compte du niveau de dépendance et des besoins en soins requis par les résidents de l'établissement.

Auparavant financé par l'assurance maladie au travers de dotations à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le forfait global relatif aux soins est désormais intégralement pris en charge par la branche autonomie de la sécurité sociale. Les dépenses engagées au titre de la prise en charge médicale des résidents sont ainsi intégrées à l'objectif général de dépenses (OGD) « personnes âgées », qui constitue le troisième sous-objectif de l'Ondam.

Le montant du forfait global de soins de chaque établissement est arrêté annuellement par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) territorialement compétente, et est versé, pour le compte de la branche autonomie, par la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) dont l'établissement concerné relève.

- **Le forfait global relatif à la dépendance** prend en charge les dépenses liées à la perte d'autonomie des résidents, telles que les fournitures pour l'incontinence, une partie des prestations hôtelières et de blanchisserie, ou encore une partie des charges de personnels pour les fonctions d'aide-soignant, d'aide médico-psychologique et d'accompagnateur éducatif et social. Son montant est déterminé par une équation tarifaire qui tient compte du niveau de dépendance des personnes hébergées et de la valeur du « point GIR » départemental ⁽¹⁾.

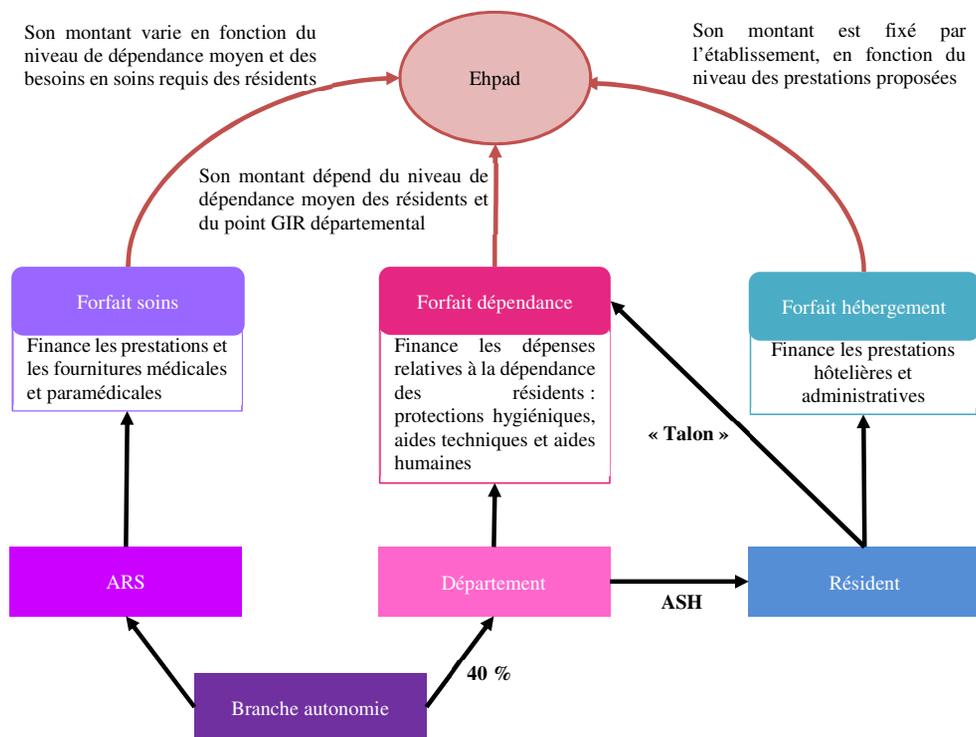
Une partie du forfait global relatif à la dépendance est financée par le département, au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il est soutenu par la branche autonomie, au travers des concours financiers de la CNSA, qui représentent environ 40 % des dépenses d'APA. La part restante du forfait, dénommée « talon », est à la charge du résident. Son montant dépend des ressources du résident.

(1) Les résidents des Ehpad font l'objet d'une évaluation de leur niveau de perte d'autonomie sur la base de la grille nationale « autonomie gérontologique et groupes iso-ressources » (Aggir), qui se traduit par une cotation en points, dits « points GIR ». Chaque conseil départemental arrête la valeur du point GIR sur son territoire, qui est prise en compte dans le calcul du forfait global relatif à la dépendance.

• Les **tarifs journaliers afférents aux prestations d'hébergement** permettent de financer les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale. Ils sont facturés mensuellement aux résidents et constituent l'essentiel de leur reste à charge.

Les résidents des Ehpad peuvent bénéficier d'aides publiques pour financer le tarif hébergement, dont l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui s'adresse aux personnes âgées aux revenus très modestes. L'ASH est versée par le conseil départemental, selon des règles propres à chaque département.

SCHÉMA DE FINANCEMENT TRIPARTITE D'UN EHPAD



Source : commission des affaires sociales.

2. Des modalités de financement aujourd'hui remises en cause

Le financement tripartite des Ehpad fait l'objet de critiques importantes depuis plusieurs années :

• D'abord, le profil des résidents accueillis en Ehpad a considérablement évolué : les progrès réalisés en matière de maintien à domicile permettent une entrée plus tardive des personnes âgées en établissement, mais en conséquence dans une situation de dépendance beaucoup plus importante. Dès lors, la prise en charge au titre des soins et l'accompagnement en réponse à la perte d'autonomie tendent à se confondre.

- Ensuite, ce modèle de financement induit d'importants coûts de gestion pour les établissements, qui sont en relation avec trois financeurs différents pour équilibrer leur budget.

- De plus, ce modèle génère des inégalités territoriales dans la mesure où le montant du forfait global relatif à la dépendance varie d'un département à l'autre en fonction de la valeur du point GIR départemental.

- Enfin, le maintien de deux sections financées respectivement par la branche autonomie et par les départements, soutenus par la CNSA, se justifie moins dans un contexte où la marge de décision des départements s'est réduite, les modalités de calcul de chaque forfait étant établies au niveau national.

Ainsi, alors qu'environ 70 % des Ehpad, tous statuts juridiques confondus, sont déficitaires, les acteurs du secteur appellent de leurs vœux une réforme structurelle du financement.

B. LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024 PRÉVOIT L'EXPÉRIMENTATION D'UN NOUVEAU SYSTÈME DE FINANCEMENT AU 1ER JANVIER 2025

L'article 79 de la LFSS 2024 prévoit l'expérimentation, pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2025, d'un « régime adapté de financement » pour les Ehpad : dans les départements expérimentateurs, les charges couvertes par le forfait global relatif aux soins et le forfait global relatif à la dépendance sont financées par un **forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie**.

- Le montant du forfait global unique est fixé annuellement par le directeur général de l'ARS, **en fonction du niveau de dépendance moyen et des besoins en soins requis des résidents** des établissements concernés, auxquels peuvent s'ajouter :

- des financements complémentaires relatifs à des modalités d'accueil particulières ou à l'exercice d'une mission de centre de ressources territorial ;

- des financements complémentaires en lien avec l'activité réalisée, l'atteinte du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), ou les surcoûts engendrés par le lieu d'implantation de l'établissement ;

- le financement d'actions de prévention ou de mesures de revalorisation salariale des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par le tarif hébergement.

Le principe d'une participation des résidents au financement de la prise en charge de leur perte d'autonomie est maintenu, dans le cadre d'une **participation journalière aux dépenses d'entretien de l'autonomie**. Cette participation forfaitaire peut être prise en charge au titre de l'ASH.

- En termes de gouvernance, dans les départements expérimentateurs, le directeur général de l'ARS se substitue, au nom de l'État, au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements des départements inscrits dans les Cpom au titre du forfait global relatif à la dépendance. De plus, dans ces mêmes départements, le Cpom de chaque établissement n'est désormais conclu qu'avec le directeur général de l'ARS, sauf si le président du conseil départemental fait connaître son intention d'être partie au contrat dans l'année qui précède le début de la négociation.

- L'article 79 de la LFSS 2024 prévoit le versement par les départements d'une **rétro-compensation financière à la sécurité sociale**, d'un montant correspondant au transfert de charges résultant de la mise en œuvre du régime adapté de financement. Cette somme, qui peut être déduite du concours versé par la CNSA au titre de l'APA, est égale au cumul :

- de la moyenne des dépenses relatives à l'APA pour les personnes accueillies dans l'établissement qui étaient exposées par le département au cours des trois années précédant l'exercice l'entrée en vigueur de l'expérimentation ;

- de la valorisation financière des emplois qui cessent d'être affectés à la tarification de la section dépendance en raison de la participation du département à l'expérimentation.

- L'article 79 de la LFSS 2024 prévoit que pour participer à l'expérimentation, les départements se portent candidats par une décision de leur assemblée délibérante transmise au représentant de l'État dans le département :

- avant le 30 avril 2024 pour participer à la première vague de l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2025 ;

- entre le 30 avril 2024 et le 30 avril 2025 pour participer à la seconde vague de l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2026.

La LFSS 2024 prévoyait un nombre maximal de vingt départements expérimentateurs.

II. LE DROIT PROPOSÉ : UNE MODIFICATION PARAMÉTRIQUE DE L'EXPÉRIMENTATION DU FORFAIT GLOBAL RELATIF AUX SOINS ET À L'AUTONOMIE

Le présent article propose de modifier les paramètres de l'expérimentation prévue par l'article 79 de la LFSS 2024 afin de permettre au maximum de départements volontaires d'y participer et d'en préciser les modalités de financement.

A. ASSOULPIR LES CONDITIONS D'ENTRÉE DANS L'EXPÉRIMENTATION POUR PERMETTRE AU MAXIMUM DE DÉPARTEMENTS VOLONTAIRES D'Y PARTICIPER

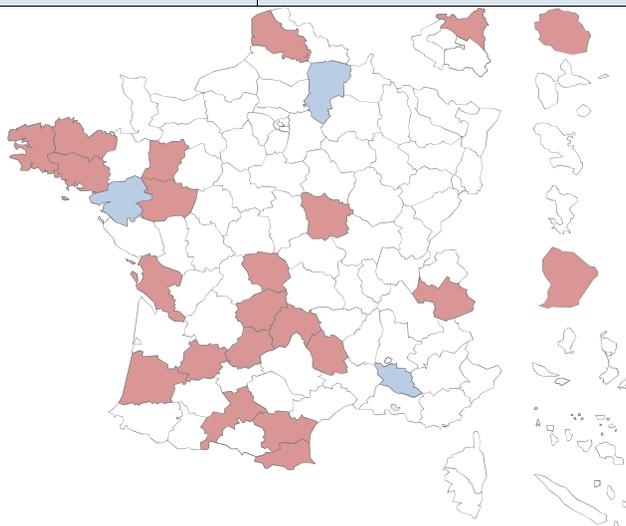
De nombreux départements se sont portés volontaires pour participer à l'expérimentation au 1^{er} janvier 2025, mais peu d'entre eux ont été en capacité de respecter les conditions de candidature prévues à l'article 79 de la LFSS 2024.

1. De nombreux départements ont manifesté, au cours de l'année 2024, leur souhait de participer à l'expérimentation, sans avoir pu respecter les conditions posées à l'article 79 de la LFSS 2024

Au cours de l'année 2024, vingt-sept départements se sont portés candidats pour participer à l'expérimentation dès le 1^{er} janvier 2025. Certains d'entre eux ont exprimé le souhait d'entrer dans l'expérimentation avant le 30 avril 2024, mais sans être en mesure de transmettre la délibération du conseil départemental avant cette date. De plus, trois d'entre eux n'ont manifesté leur intérêt pour l'expérimentation qu'après le 30 avril 2024.

DÉPARTEMENTS AYANT SOUHAITÉ PARTICIPER À L'EXPÉRIMENTATION

<p>Liste des vingt-quatre départements ayant manifesté leur souhait de participer à l'expérimentation avant le 30 avril 2024</p>	<p>Aude ; Cantal ; Charente-Maritime ; Corrèze ; Côtes d'Armor ; Creuse ; Finistère ; Guyane ; Haute-Garonne ; Haute-Marne ; La Réunion ; Landes ; Lot ; Lot-et-Garonne ; Lozère ; Maine-et-Loire ; Mayenne ; Métropole de Lyon ; Morbihan ; Nièvre ; Pas-de-Calais ; Pyrénées-Orientales ; Savoie ; Seine-Saint-Denis.</p>
<p>Liste des trois départements ayant manifesté leur souhait de participer à l'expérimentation après le 30 avril 2024</p>	<p>Aisne ; Loire-Atlantique ; Vaucluse.</p>



Source : commission des affaires sociales d'après la fiche d'impact de l'article 21 du PLFSS 2025.

2. L'assouplissement des conditions d'entrée dans l'expérimentation

Sans modification de l'article 79 de la LFSS 2024, seuls huit départements auront rempli les conditions pour participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2025. Dès lors, le présent article propose de faire évoluer, *a posteriori*, les conditions d'entrée dans l'expérimentation pour permettre au maximum de départements d'y participer.

- En premier lieu, le 3^o du présent article repousse du 30 avril 2024 au 31 octobre 2024 la date limite à laquelle le conseil départemental doit avoir transmis sa délibération faisant état de sa candidature au représentant de l'État. Ce report doit permettre aux départements ayant manifesté leur souhait de candidater à l'expérimentation avant le 30 avril 2024, mais n'ayant pas pu transmettre leur délibération à cette date, d'y participer.

Le même 3^o supprime également la référence aux deux vagues de l'expérimentation initialement prévues pour n'évoquer désormais qu'une « entrée dans l'expérimentation » unique, au 1^{er} janvier 2025.

- En second lieu, le 1^o du présent article élargit de vingt à vingt-trois le nombre maximal de départements pouvant participer à l'expérimentation au 1^{er} janvier 2025.

B. PRÉCISER LES MODALITÉS DE TRANSFERT DES FINANCEMENTS ASSOCIÉS À LA SECTION « DÉPENDANCE »

Le 2^o du présent article modifie le III de l'article 79 de la LFSS 2024, relatif au mécanisme de rétro-compensation financière des dépenses et des recettes que les départements expérimentateurs engageaient au titre du forfait global relatif à la dépendance.

Le *c* du 2^o supprime le 2^o de l'article 79 de la LFSS 2024, qui prévoyait que la valorisation financière des emplois qui cessent d'être affecté à la section dépendance du fait de l'expérimentation du régime adapté de financement s'ajoute à la moyenne des dépenses relatives à l'APA en établissement engagées au cours des trois dernières années par le département.

Le *a*, les deuxième et troisième alinéas du *b*, le second alinéa du *d* et le *e* du 2^o tirent les conséquences de la suppression de l'un des termes de la somme initialement mentionnée à l'article 79 de la LFSS 2024 en faisant désormais référence à un unique « montant » et en procédant à des coordinations au sein de l'article.

Le dernier alinéa du *b* prévoit que les dépenses engagées par le département au titre de l'APA en établissement au cours des trois années précédant l'entrée dans l'expérimentation ne sont plus « retracées dans son compte de gestion » mais « transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

Le troisième alinéa du **d** précise, au quatrième alinéa de l'article 79 de la LFSS 2024, que le montant des concours de la CNSA au titre de l'APA est fixé par décret dans les départements participant à l'expérimentation, en tenant compte du montant des dépenses de l'année précédente.

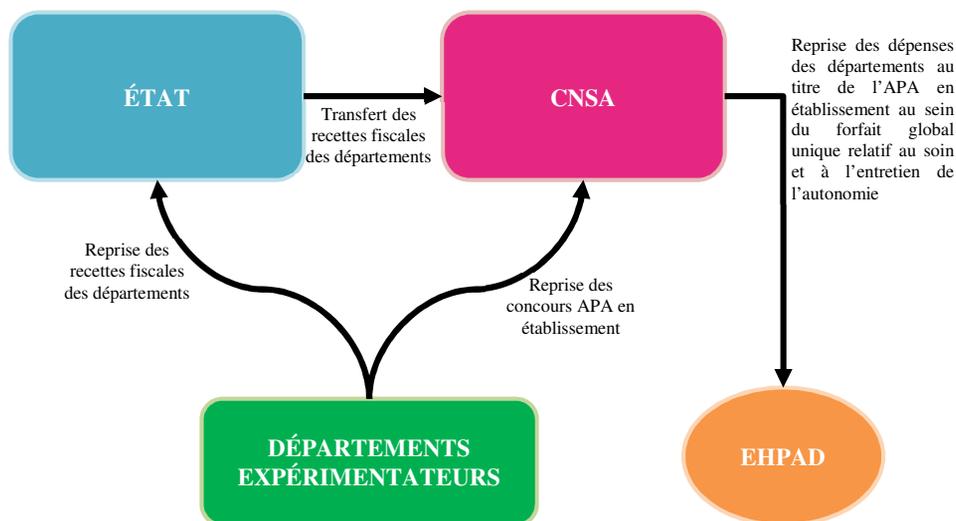
C. LE COÛT BUDGÉTAIRE DE L'EXPÉRIMENTATION

• Afin de financer cette expérimentation, il convient, dans le cadre du projet de loi de finances (PLF) et du PLFSS 2025 :

– d'adapter le montant des concours APA versés par la CNSA aux départements, en reprenant la part de ces concours consacrés à l'APA en établissement dans les départements expérimentateurs ;

– d'assurer une reprise par l'État d'une partie des recettes fiscales des départements afin de couvrir la différence entre le montant total des dépenses transférées à la CNSA et celui des concours APA repris par la CNSA dans les départements expérimentateurs ;

– enfin, d'affecter ces recettes de l'État à la branche autonomie.



TRANSFERTS BUDGÉTAIRES NÉCESSAIRES AU FINANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION

Source : commission des affaires sociales d'après la fiche d'impact de l'article 21 du PLFSS.

• D'après la fiche d'impact associée à l'article 21 du PLFSS, le montant des dépenses transférées des départements vers la CNSA est estimé à **744 millions d'euros en 2025**. Le montant des recettes reprises aux départements par l'État et la CNSA s'élèverait à **535 millions d'euros en 2025**.

Au total, l'expérimentation engendrerait un surcoût pour la sécurité sociale de **234 millions d'euros en 2025** du fait de :

– la **modulation à la baisse des reprises de recettes aux départements** (55 millions d'euros) ;

– le **décalage de la période de référence pour la détermination des dépenses d'APA devant faire l'objet d'une reprise**, soit entre 2021 et 2023, sans prendre en compte l'année 2024 au cours de laquelle les dépenses d'APA étaient plus importantes (70 millions d'euros) ;

– le **coût de la prise en charge, dans les établissements des départements expérimentateurs, des résidents originaires de départements non expérimentateurs** ⁽¹⁾ (85 millions d'euros) ;

– le financement de la **convergence des points GIR départementaux** dans les départements expérimentateurs à hauteur du troisième décile de la distribution nationale des valeurs de point GIR constatée en 2024 (25 millions d'euros).

DÉCOMPOSITION DES TRANSFERTS FINANCIERS RELATIFS À L'EXPÉRIMENTATION

(en millions d'euros)

	2025	2026	2027
Montant de la reprise de dépenses par la sécurité sociale	- 744	- 765	- 259
Montant de la reprise de recettes des départements	535	544	555
Surcoût de la réforme pour la sécurité sociale	- 234	- 247	- 259
<i>dont modulation à la baisse des reprises de recettes aux départements</i>	- 55	- 55	- 55
<i>dont décalage de la période de référence</i>	- 70	- 70	- 70
<i>dont coût résultant de la prise en charge, dans un établissement expérimentateur, de résidents originaires d'un département non-expérimentateur</i>	- 85	- 87	- 90
<i>dont convergence des points GIR pour 2025</i>	- 25	- 25	- 26
<i>dont écart de dynamique entre dépenses et recettes reprises</i>	0	- 10	- 19

Source : commission des affaires sociales d'après la fiche d'impact de l'article 21 du PLFSS.

*

* *

⁽¹⁾ Dans le cas particulier où des personnes sont hébergées dans un établissement implanté dans un département différent de celui dans lequel elles ont conservé leur domicile de secours, c'est au département dont elles sont originaires de prendre en charge les dépenses relatives à la dépendance. Dans le cadre de l'expérimentation, le coût de la prise en charge, dans les départements expérimentateurs, de résidents originaires d'autres départements non expérimentateurs sera pris en charge par la CNSA.

Article 22

Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles sur le régime général

L'article 22 procède à l'alignement du mode de calcul de la pension de retraite de base des non salariés agricoles (NSA) sur le régime général avec le passage d'un régime par points à un régime par annuités.

Ce dispositif permettra, à terme, de calculer les retraites des NSA sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenus tous régimes confondus. La Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ne disposant des informations sur les revenus de ses assurés que pour les années postérieures à 2016, une double liquidation serait effectuée : sur la base des points acquis pour les périodes antérieures au 1^{er} janvier 2016 et sur la base des revenus à compter de cette date. Les agriculteurs ayant commencé leur carrière en 2016 auront une pension de retraite de base entièrement calculée en fonction de leurs revenus.

Compte tenu de la complexité de l'opération, la réforme ne pourrait être opérationnelle qu'à compter du 1^{er} janvier 2028. Afin qu'elle entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2026, date limite fixée par la loi dite « Dive » du 13 février 2023, l'article 22 prévoit une liquidation temporaire assortie d'un mécanisme de révision. Les pensions liquidées entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 seront calculées selon les règles actuelles. Une révision sera effectuée courant 2028 pour recalculer les montants selon les nouvelles règles : si le nouveau calcul est plus favorable à l'assuré, la pension sera révisée à la hausse avec application rétroactive au 1^{er} janvier 2026 ; s'il est défavorable, la pension serait maintenue à son niveau calculé initialement.

L'article 22 prévoit également d'autres mesures en faveur des non-salariés agricoles :

- l'ouverture des minima de pension agricole aux non-salariés agricoles exerçant à titre secondaire ou accessoire ;
- le relèvement du seuil d'écêtement de la pension majorée de référence au niveau de celui du minimum contributif, fixé à 1 367 euros pour 2024 ;
- l'exclusion des pensions de droits propres et dérivés issues du cumul emploi-retraite créateur de droit de la base des ressources prises en compte pour déterminer l'éligibilité aux minima de pensions agricoles.

L'article 22 comporte enfin d'autres mesures simplifiant la mise en œuvre de certains dispositifs par les caisses de retraite.

I. L'ÉTAT DU DROIT : UN RÉGIME À L'ARCHITECTURE UNIQUE ET AUX RÈGLES DE CALCUL DES DROITS COMPLEXES ET PEU ADAPTÉES À LA VARIABILITÉ DES REVENUS AGRICOLES

A. UN RÉGIME ORIGINAL

1. Le régime de plus d'un million de retraités agricoles

● Créé en 1952 ⁽¹⁾, le régime de retraite des non-salariés agricoles s'est construit en marge du régime général de la sécurité sociale avant d'être progressivement étendu dans son champ d'application, d'une part, grâce à la

création d'un statut de conjoint collaborateur par la loi du 9 juillet 1999 ⁽²⁾, et dans son niveau de protection, d'autre part, par la mise en place d'un régime de retraite complémentaire obligatoire (RCO) issu de la loi du 4 mars 2002 dite « Peiro » ⁽³⁾.

Au 31 décembre 2023, 1,13 million de retraités relevaient du régime des non-salariés agricoles, soit une baisse de 3,3 % par rapport à 2022 ⁽⁴⁾. Compte tenu des évolutions démographiques, le nombre de retraités agricoles ne cesse en effet de reculer. Le régime enregistre aujourd'hui deux décès pour une attribution de pension. Près d'un pensionné sur deux (48,4 % des retraités) est un ancien chef d'exploitation (549 680 personnes). Le reste des pensionnés se répartit entre les conjoints collaborateurs (103 221 personnes dont 96 % de femmes), les aides familiaux (156 555 personnes dont 54 % d'hommes) et les veufs ou veuves (325 686 personnes).

Les trois-quarts des pensionnés du régime sont polypensionnés, c'est-à-dire qu'ils ont validé des trimestres dans au moins un autre régime. Cette proportion est encore plus élevée parmi les actifs actuellement affiliés.

2. Un système à trois étages qui fonctionne essentiellement par points

● Le régime s'articule autour d'une architecture originale à trois étages, dont deux relèvent de la retraite de base :

– l'assurance vieillesse individuelle (AVI) est le premier étage de la pension de base ⁽⁵⁾. Il s'agit d'une pension forfaitaire, ouverte aux seuls exploitants agricoles, aides familiaux et conjoints collaborateurs exerçant leur activité à titre principal ou exclusif, dont le montant est fixé uniquement en fonction de la durée d'assurance dans le régime et ne dépend pas du revenu ;

– l'assurance vieillesse agricole (AVA) est le deuxième étage de la pension de base ⁽⁶⁾. Cette pension de retraite est proportionnelle aux revenus professionnels dégagés par l'exploitant. Elle est ouverte à l'ensemble des non-salariés agricoles quel que soit leur statut (chef d'exploitation, aide familial ou conjoint collaborateur) et le caractère (principal ou accessoire) de leur activité.

(1) Loi n° 52-799 du 10 juillet 1952 assurant la mise en œuvre du régime de l'allocation de vieillesse des personnes non salariées et la substitution de ce régime à celui de l'allocation temporaire.

(2) Article 25 de la loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole.

(3) Loi n° 2002-308 du 4 mars 2002 tendant à la création d'un régime de retraite complémentaire obligatoire pour les non-salariés agricoles.

(4) Mutualité sociale agricole, *Les retraites du régime des non-salariés agricoles au 31 décembre 2023*, mai 2024, p. 2.

(5) 1° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime.

(6) 1° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime.

L'assurance vieillesse individuelle : l'étage forfaitaire

L'AVI est calculée à partir d'un montant forfaitaire multiplié par le nombre de trimestres d'activité, rapporté à la durée d'assurance fixée pour chaque génération. En application du 1° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, le montant maximal de la retraite forfaitaire est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), soit 328,07 euros par mois au 1^{er} janvier 2024. Pour bénéficiaire du montant maximal de la pension de retraite forfaitaire, un assuré doit ⁽¹⁾ :

– justifier d'une durée d'assurance tous régimes au moins égale à la durée minimale d'assurance applicable aux personnes de sa génération ;

– avoir exercé une activité agricole non salariée d'une durée au moins égale à la durée minimale mentionnée au 1° de l'article L. 732-24 ⁽²⁾. Cette durée minimale d'activité agricole non salariée est fixée à l'article R. 732-61 du même code. Pour les assurés nés après le 31 décembre 1948, elle est alignée sur la durée d'assurance minimale des régimes alignés ⁽³⁾.

Lorsque l'assuré n'a pas exercé une activité agricole pendant une durée équivalente à la durée minimale d'assurance applicable à sa génération, le montant de sa retraite forfaitaire est égal au calcul suivant :

Nombre d'années d'activité agricole x (AVTS/durée minimale d'assurance mentionnée au 1° de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime)

Son financement est assuré par une cotisation de 3,32 % sur le revenu dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et sur une assiette minimale de 800 Smic horaires.

À la différence des règles applicables dans les régimes alignés, la pension de retraite proportionnelle fonctionne sur un principe d'acquisition de points cotisés relativement complexe dont le mécanisme diffère selon le statut de l'assuré ⁽⁴⁾ :

– les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole valident un nombre de points corrélé à leur revenu ;

– les collaborateurs et aides familiaux cotisent sur une assiette forfaitaire, sans considération de leur revenu, et acquièrent à ce titre un nombre de points fixe chaque année.

Pour les exploitants agricoles, le nombre de points acquis chaque année varie donc en fonction des revenus et selon des modalités définies à l'article R. 732-71 du code rural et de la pêche maritime. Il ne peut excéder un maximum, déterminé chaque année selon les modalités prévues à l'article R. 732-70 du même code.

(1) Article R. 732-61 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Cette seconde condition s'apparente au système de proratisation que l'on trouve dans le régime général.

(3) La limite mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale.

(4) En matière de droits à la retraite, il convient de distinguer les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'une part, des aides familiaux et conjoints collaborateurs d'autre part.

Lors de la liquidation de la retraite, le montant de la pension proportionnelle est calculé de la façon suivante ⁽¹⁾ :

(Nombre de points acquis x valeur du point) x 37,5/durée d'assurance minimale requise en années (DAR) ⁽²⁾

Le financement de l'AVA est assuré par une cotisation plafonnée et une cotisation déplafonnée due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leur compte et pour celui des collaborateurs et aides familiaux qui les assistent ⁽³⁾.

• Enfin, depuis 2003 pour les chefs d'exploitation et 2011 pour les aides familiaux et conjoints collaborateurs, le régime de base est complété d'un régime complémentaire obligatoire (RCO) ⁽⁴⁾. À l'instar de la retraite proportionnelle de base, elle fonctionne par points. Elle est ouverte aux chefs d'exploitation, aux aides familiaux et aux conjoints collaborateurs.

3. L'existence de deux minima de pensions

Les non-salariés agricoles bénéficient d'un dispositif de pension minimale à deux étages :

– la pension majorée de référence (PMR) pour la partie correspondant à leur retraite de base ;

– le complément différentiel de points de retraite complémentaire (CDRCO) pour la part complémentaire.

a. La pension majorée de référence

• La pension majorée de référence garantit un niveau minimal de pension de base aux non-salariés agricoles ⁽⁵⁾. Son bénéfice est ouvert aux seuls assurés justifiant des conditions d'un départ à la retraite à taux plein.

Le dispositif a été plusieurs fois renforcé ces dernières années. L'article 1^{er} de la loi n° 2021-1679 du 17 décembre 2021 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles, dite « loi Chassaigne 2 », a :

(1) Article R. 732-66 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Le coefficient de 37,5/DAR a été instauré pour compenser l'effet provoqué par l'alignement progressif de la durée d'assurance minimale des non-salariés agricoles sur celle des régimes alignés. Depuis 2003, on assiste en effet à un alignement de la durée d'assurance minimale requise entre le régime des non-salariés agricoles et les régimes alignés. Or, dans un système par points, l'allongement de la durée d'assurance minimale augmente le nombre de points acquis ce qui améliore mécaniquement le niveau des pensions. Un tel phénomène ne se vérifie pas dans un régime fondé sur l'application d'un taux à un revenu annuel moyen tel que celui des régimes alignés. Le coefficient sert à l'éviter pour les non-salariés agricoles.

(3) Le régime des cotisations des non-salariés agricoles fait l'objet de développements plus détaillés au commentaire de l'article 3.

(4) Article L. 732-60 du code rural et de la pêche maritime.

(5) Article L. 732-54-2 du code rural et de la pêche maritime.

– aligné le montant maximal de la PMR applicable aux conjoints collaborateurs sur celui applicable aux chefs d’exploitation ou d’entreprise agricoles ;

– rehaussé le seuil d’écêtement de la PMR pour le porter à hauteur du montant de l’ASPA pour une personne seule, soit 961,08 euros par mois à compter du 1^{er} janvier 2023.

Dans le prolongement de la loi « Chassaigne 2 », le Gouvernement a revalorisé le montant de la PMR. Il correspond aujourd’hui à celui du minimum contributif (MiCo) majoré, soit 892,49 euros par mois depuis le 1^{er} janvier 2024 ⁽¹⁾.

Depuis le 1^{er} septembre 2023, son montant est indexé sur l’évolution du Smic ⁽²⁾.

b. Le complément différentiel de points de retraite complémentaire

• La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l’avenir et la justice du système de retraites a créé un mécanisme de majoration de points de retraite complémentaire pour les chefs d’exploitation et d’entreprise agricole qui, en l’état actuel du droit, remplissent les critères d’éligibilité suivants :

– l’assuré liquide sa pension à taux plein, quelle qu’en soit la raison ⁽³⁾ ;

– il justifie d’une durée d’assurance d’au moins 17,5 ans en tant que chef d’exploitation ou d’entreprise agricole, activité exercée à titre principal ou exclusif ⁽⁴⁾.

En conséquence, le CDRCO n’est pas ouvert aux chefs d’exploitation agricole n’exerçant leur activité qu’à titre secondaire ou accessoire.

• Ce complément est calculé de façon à assurer un montant annuel de retraite égal à un pourcentage de 1 820 fois le montant du Smic horaire net agricole en vigueur le 1^{er} janvier de l’année de la liquidation ⁽⁵⁾. Initialement fixé à 75 %, ce pourcentage a été porté à 85 % par la loi n° 2020-839 du 3 juillet 2020 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles en France continentale et dans les outre-mer, dite « Chassaigne 1 », soit 1 173 euros nets par mois en 2024.

(1) Le minimum contributif correspond au dispositif permettant d’assurer un montant minimal de pension aux assurés du régime général et des régimes alignés.

(2) Article L. 732-54-2 dans sa rédaction résultant de l’article 18 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(3) Avant la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, seuls les chefs d’exploitation justifiant de la durée minimale d’assurance tous régimes bénéficiaient du CDRCO, à l’exclusion donc de ceux qui bénéficiaient du taux plein à un autre titre (invalidité, inaptitude, départ à 67 ans etc.).

(4) Article D. 732-166-1 du code rural et de la pêche maritime.

(5) Le Smic net agricole correspond au Smic brut fixé chaque année par décret duquel on déduit les cotisations sociales applicables aux revenus des travailleurs de la production agricole. Il est donc légèrement inférieur au Smic net de droit commun.

Concrètement, les exploitants agricoles éligibles au CDRCO et dont le montant de la pension est inférieur à 85 % du Smic net agricole se voient attribuer un nombre de points de retraite complémentaire équivalent à ce qui leur manque pour atteindre ce seuil. Il fait l'objet d'une proratisation en fonction de la durée d'assurance validée au régime des non-salariés agricoles en tant que chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Contrairement aux régimes alignés, le régime des exploitants agricoles ne fonctionne donc pas selon un système par annuités dans lequel la pension est calculée par référence à un revenu annuel moyen. Il en découle historiquement que la retraite des exploitants agricoles est calculée sur l'ensemble de la carrière tandis que, pour la plupart des autres assurés, seules les vingt-cinq meilleures années sont retenues dans le calcul.

4. Malgré ces minima, les retraites agricoles restent encore les plus faibles de tous les régimes

● Le constat est connu : les retraites agricoles sont parmi les plus faibles du système d'assurance vieillesse. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la pension brute mensuelle moyenne de droit direct des retraités s'élevait à 1 531 euros en 2021 contre 840 euros pour les retraités dont le régime principal d'affiliation était le régime agricole (hors retraite complémentaire) ⁽¹⁾. En 2022, ce montant s'élevait à 1 194 euros bruts en tenant compte de la retraite complémentaire ⁽²⁾.

Les mesures adoptées pour revaloriser les petites retraites agricoles, notamment les deux lois « Chassaigne », ont certes permis des améliorations. Mais leur niveau reste faible. Selon l'annexe 9 du présent projet de loi de financement, en 2023, la retraite mensuelle moyenne de droit direct était de 1 320 euros pour les polypensionnés du régime agricole et de 1 076 euros pour les monopensionnés. En moyenne, les anciens non-salariés agricoles perçoivent une pension tous régimes d'environ 1 295 euros mensuels.

● L'un des facteurs de la faiblesse des pensions réside dans la très forte variabilité des revenus agricoles. En effet, ils évoluent fortement d'une année sur l'autre en raison des fluctuations de prix, des aléas climatiques qui pèsent sur les récoltes et des risques épizootiques que subissent les cheptels. À titre d'exemple, les revenus ont drastiquement chuté entre 2019 et 2020 (– 6,0 %, après – 2,3 % en 2019), alors qu'ils avaient connu une forte hausse les deux années précédentes (+ 10 % en 2017 et + 27,9 % en 2018). Les années 2021 et 2022 ont marqué un regain des revenus agricoles de 11,7 % en 2021 et 42,1 % en 2022 ⁽³⁾.

(1) Drees, *Les retraités et la retraite*, édition 2023, p. 57.

(2) *Inspection générale des affaires sociales et Conseil générale de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, Déterminer la pension de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq années civiles d'assurance les plus avantageuses*, janvier 2024, p. 30.

(3) Insee, « Les revenus d'activité des non-salariés se replient en euros constants après la forte hausse de 2021 », *Insee Première*, n° 2012, septembre 2024.

Cette volatilité des revenus connaît d'importantes variations en fonction du secteur d'activité agricole. En 2022, les céréaliers ont connu une croissance de 61,6 % de leurs revenus mensuels moyens tandis que le secteur de la culture de légumes, de fleurs et de plantes a accusé un recul de 6 %.

B. LE PASSAGE À UN CALCUL SUR LES VINGT-CINQ MEILLEURES ANNÉES DE CARRIÈRE A ÉTÉ VOTÉ PAR LE PARLEMENT

1. Le régime partage déjà plusieurs règles avec les régimes alignés mais des éléments paraissent inéquitables

● Le régime agricole comporte déjà des paramètres fixés par rapport à ceux applicables aux régimes alignés :

– les conditions d'âge légal d'ouverture des droits, de durée minimale d'assurance ainsi que les mécanismes de décote et de surcote s'appliquent dans le régime agricole, tant en ce qui concerne la pension forfaitaire que la pension proportionnelle ;

– la valeur du point de service est indexée sur l'inflation comme le montant des pensions des régimes alignés⁽¹⁾. Elle n'est pas fixée de façon à assurer l'équilibre du régime à l'inverse du régime de retraite complémentaire des salariés géré par l'Agirc-Arrco ;

– le montant maximal de la pension de base est déterminé de telle sorte qu'il est égal à la retraite à taux plein du régime général, c'est-à-dire 50 % du Pass, soit 1 932 euros par mois en 2024.

Ces différents éléments traduisent la volonté de faire converger certaines règles en vigueur dans les régimes alignés avec celles du régime des non-salariés agricoles.

● Pourtant, des éléments de distinction entre ces régimes paraissent inéquitables.

Les minima de pensions du régime agricole ne sont pas accessibles à tous les agriculteurs, y compris s'ils justifient de la durée d'assurance requise pour le bénéfice du taux plein. En effet, la PMR et le CDRCO ne sont pas ouverts aux non-salariés agricoles ayant exclusivement exercé leur activité à titre secondaire.

Comme évoqué précédemment, le plafond d'écrêtement de la PMR est significativement moins élevé que celui du MiCo. Le seuil d'écrêtement de la PMR est établi à 1 073 euros bruts mensuels en 2024, celui du MiCo à 1 367 euros. La différence est donc de près de 300 euros.

(1) Article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime. Les conditions de revalorisation des pensions sont fixées à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

2. La réforme de la prise en compte des « vingt-cinq meilleures années agricoles », adoptée par le Parlement, vise plusieurs objectifs

● Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale et le Sénat, la loi n° 2023-87 du 13 février 2023 visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq années d'assurance les plus avantageuses assigne à la Nation l'objectif de déterminer, à compter du 1^{er} janvier 2026, le montant de la pension de base des non-salariés des professions agricoles en fonction des vingt-cinq années civiles d'assurance les plus avantageuses ⁽¹⁾.

Essentiellement principielle, la loi renvoyait à un rapport que le Gouvernement devait remettre au Parlement dans un délai de trois mois à compter de sa promulgation le soin de préciser les modalités de mise en œuvre de cette mesure « *dans le respect des spécificités du régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles et de la garantie du niveau des pensions et des droits acquis* » ⁽²⁾.

● Comme l'évoquait notre collègue Julien Dive, rapporteur de la loi, la réforme poursuivait plusieurs objectifs :

– un enjeu d'équité, notamment avec les travailleurs indépendants qui connaissent des problématiques similaires en termes de variabilité des revenus et de participation des aides familiaux ou conjoints collaborateurs à l'activité ;

– un enjeu d'attractivité des professions agricoles, qui se caractérisent par des sujétions et des contraintes beaucoup plus fortes que d'autres métiers auxquelles s'ajoutent de faibles pensions de retraite.

– un enjeu de revalorisation des pensions agricoles, par l'exclusion des mauvaises années du calcul des droits à la retraite.

● Le rapport mentionné au II de la loi « Dive » fut remis au Parlement en janvier 2024, soit près d'un an après son adoption ⁽³⁾. Parmi les options étudiées par ce rapport, le scénario privilégié consistait à passer progressivement d'un régime à point à un régime fondé sur les revenus. Le présent article s'inspire de ces conclusions pour opérer un alignement partiel du mode de calcul des retraites de base des non-salariés agricoles sur celui du régime général.

(1) Article L. 732-24-1 du code rural et de la pêche maritime.

(2) II de l'article 1^{er} de la loi n° 2023-87 du 13 février 2023 visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq années d'assurance les plus avantageuses.

(3) Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, *op. cit.*

II. LE DROIT PROPOSÉ : L'ALIGNEMENT SUR LE RÉGIME GÉNÉRAL DU MODE DE CALCUL DES RETRAITES DE BASE DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

L'article 22 du présent projet de loi de financement modifie le mode de calcul de la pension de base des exploitants agricoles, codifié dans le code rural et de la pêche maritime, pour faire partiellement application des règles du régime général, codifiées dans le code de la sécurité sociale. La réforme implique une refonte complète des dispositions du premier relatives à l'assurance vieillesse de base et des coordinations dans le second.

Aussi le présent commentaire se bornera-t-il à présenter les principales mesures proposées sans s'attarder sur les dispositions de coordinations nécessaires. Pour utiles qu'elles soient, plusieurs mesures simplifiant la mise en œuvre de certains dispositifs pour les caisses de retraite, qui ne relèvent pas de la réforme des retraites agricoles, ne seront pas détaillées, comme la simplification de l'articulation de la surcote parentale avec la surcote de droit commun (**16° du II**) ou l'intégration du dispositif de la pension d'orphelin dans le cadre de la liquidation unique des régimes alignés (LURA) (**11° du II**). Une présentation plus exhaustive n'est malheureusement pas possible compte tenu des délais restreints laissés aux parlementaires pour prendre connaissance du projet de loi de financement.

A. LE PASSAGE D'UN RÉGIME PAR POINTS À UN RÉGIME BASÉ SUR LES REVENUS PROFESSIONNELS CALCULÉ SUR LES VINGT-CINQ MEILLEURES ANNÉES

1. La suppression des retraites forfaitaire et proportionnelle au profit d'une unique prestation basée sur le revenu

- Les pensions de retraite forfaitaire et proportionnelle sont supprimées à terme au profit d'un régime en annuités fonctionnant sur la base du revenu annuel moyen dans lequel seules les vingt-cinq meilleures années seraient comptabilisées.

Ces vingt-cinq meilleures années seraient retenues au titre de l'ensemble des régimes d'affiliation de l'assuré. Pour ce faire, la nouvelle rédaction de l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime précise que, sous réserves de certaines adaptations prévues par la loi et par voie réglementaire, les conditions de calcul, de liquidation et de service des pensions de retraite du régime général inscrites dans le code de la sécurité sociale s'appliqueront aux non-salariés agricoles (**12° du I**) ⁽¹⁾.

L'une des conséquences directes de ce choix est la suppression de la retraite forfaitaire et de la retraite proportionnelle par points au profit d'une unique prestation (**16° du I** qui modifie l'article L. 732-24 du même code).

(1) Il s'agit en particulier des dispositions des chapitres I à IV, VI et VIII du titre V du livre III du code de la sécurité sociale.

- La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ne disposant pas des données relatives aux revenus des agriculteurs avant 2016, mais seulement le nombre de points acquis, l'article institue un dispositif transitoire dans lequel les meilleures années de points seraient retenues pour les périodes avant 2016 et les meilleures années de revenus le seraient après cette date (**16° du I**).

Calculer les pensions impliquerait donc de procéder en deux temps :

- les vingt-cinq meilleures années d'un assuré seraient d'abord réparties entre les régimes en proportion de la durée d'assurance dans chacun de ces régimes ;

- une fois le *quantum* de meilleures années du régime agricole défini, ces dernières seraient réparties entre les périodes avant et après 2016 en proportion des durées accomplies durant chacune de ces périodes.

2. Une mise en œuvre opérationnelle à compter de 2028 avec application rétroactive pour les pensions liquidées à partir du 1^{er} janvier 2026

- Conformément à l'objectif assigné par la loi « Dive », la réforme s'applique aux pensions liquidées à compter du 1^{er} janvier 2026. Toutefois, comme le précise la fiche d'évaluation annexée à l'article, la mesure nécessite une adaptation des systèmes d'information de la CCMSA et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) pour le calcul des assurés polypensionnés. Ces travaux chevauchent en outre la bascule au sein du répertoire de gestion des carrières uniques (RGCU) des données de carrière des non-salariés agricoles.

Pour ces raisons, le délai de mise en œuvre sera plus long de sorte que la réforme ne sera pleinement effective qu'au 1^{er} janvier 2028 compte tenu des travaux informatiques rendus nécessaires par le choix d'une approche « tous régimes ».

Répertoire de gestion des carrières unique (RGCU)

Adopté à l'initiative du rapporteur, M. Denis Jacquat, l'article 9 de la loi n° 2010-1130 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a prévu la création du Répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) afin de résoudre un point faible inhérent à la liquidation des pensions de retraite : la transmission interrégimes des informations relatives à la carrière des assurés polypensionnés. D'abord conçu pour ne s'appliquer qu'aux régimes de base, le RGCU a été étendu aux régimes complémentaires par l'article 41 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Aujourd'hui codifié à l'article L. 161-17-1-2 du code de la sécurité sociale, la gestion du RGCU est confié à la Cnav.

La structure des données du référentiel doit permettre de disposer des éléments qui retracent la continuité de la carrière de l'assuré, quels qu'aient été ses professions et les régimes de retraite auxquels il a été affilié. Elle doit aussi être adaptée aux périodes de chômage, de maladie, ou aux périodes ne procurant pas de droits à la retraite mais qui complètent la carrière depuis le début de sa vie professionnelle.

L'objectif du RGCU est d'optimiser les processus de gestion en centralisant les données et en améliorant leur complétude et leur qualité. En application du décret n° 2018-154 du 1^{er} mars 2018, ce projet informatique a été déployé à partir de juillet 2019. Il contient aujourd'hui les carrières de 80 millions d'assurés, actifs ou retraités. Alimenté automatiquement, le RGCU simplifie les échanges : chaque gestionnaire de retraite de n'importe quel régime a accès à l'ensemble de la carrière de l'assuré pour fiabiliser son relevé de situation ou traiter sa demande de liquidation de pension.

L'unification des bases de données des différents régimes se poursuit encore. En 2022, une nouvelle étape a été franchie avec l'intégration des données de l'Ircantec, permettant de couvrir 30 millions d'assurés. Le régime de la retraite des mines a été intégré au RGCU en novembre 2022, tandis que la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav) s'y est raccordée le 1^{er} mars 2023.

La consolidation du RGCU est susceptible de fiabiliser considérablement les informations disponibles sur la carrière de l'assuré.

- Cette situation justifie une liquidation provisoire des pensions liquidées entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 (**B du VII**). Elles seront provisoirement calculées selon les règles actuelles avant de faire l'objet d'une révision en 2028 « à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre ».

L'article 22 prévoit une clause de sauvegarde pour les assurés concernés. C'est un élément déterminant qui permet d'appliquer ce nouveau mode de calcul aux retraités liquidant leurs pensions dès 2026 tout en garantissant que le montant de leurs droits ne sera pas réduit ultérieurement. Concrètement, les assurés qui liquideront leur retraite entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 toucheront une pension calculée selon les règles actuellement en vigueur. Dans le courant de l'année 2028, leur caisse de MSA procèdera à un nouveau calcul de leur pension. Deux hypothèses se présenteront alors :

- si le calcul selon les nouvelles règles est plus favorable à l'assuré, le montant de sa retraite sera revalorisé pour l'avenir et des rappels de pension seront

versés pour les périodes courant de la date de liquidation de sa retraite au 31 décembre 2027 ;

– si le calcul est moins favorable, le montant de la pension issu du calcul initial sera maintenu.

Autrement dit, cette « clause de sauvegarde » permet de garantir que la révision du montant des pensions liée au nouveau mode de calcul n’entraînera pas une diminution de la retraite perçue par les agriculteurs partis à la retraite entre 2026 et 2027, même lorsque les nouvelles règles de calcul auraient normalement dû conduire à ce qu’ils touchent une pension moins élevée. Si la rapporteure note que cette clause permet de garantir l’absence de perdants parmi les agriculteurs qui s’apprêtent à partir à la retraite entre 2026 et 2027, le décalage entre l’entrée en vigueur de cette réforme (le 1^{er} janvier 2026) et sa mise en œuvre opérationnelle et concrète (courant 2028) est susceptible de créer une forte incertitude chez les personnes concernées. La Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole a d’ailleurs fortement insisté sur ce point lors de son audition. Il convient donc de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour accompagner les agriculteurs concernés et leur apporter les réponses aux questions légitimes que cette réforme pourrait susciter chez eux.

Lors de son audition, la CCMSA a évoqué les besoins dont la couverture lui semblait nécessaire à la préparation de la réforme, lesquels devront impérativement être inscrits dans la Convention d’objectif et de gestion que la Caisse et l’État doivent renouveler en 2025. Selon elle, sa mise en œuvre implique d’affecter deux équivalents temps-plein (ETP) supplémentaires dans chacune des trente-cinq caisses de MSA, soit 70 ETP au total, pour accompagner les assurés dans la compréhension du dispositif et leur expliquer les impacts du changement sur leur situation personnelle. Le coût estimé est de 3,9 millions d’euros auxquels s’ajoutent 4 millions d’euros pour la rénovation du système informatique de la MSA.

La rapporteure appelle le Gouvernement à permettre à la CCMSA de mener cette réforme dans les meilleures conditions possibles afin d’apporter les réponses nécessaires aux agriculteurs concernés.

3. Un scénario différent de celui retranscrit dans les travaux préparatoires de la loi « Dive » et proposé par les sénateurs

- Cette proposition de réforme matérialise certes l’engagement de baser le calcul des retraites agricoles sur les vingt-cinq meilleures années d’assurance. Elle présente toutefois plusieurs différences par rapport aux propositions déjà faites en la matière.

D’une part, elle ne sera opérationnelle qu’en 2028 même si elle a vocation à s’appliquer dès 2026 grâce au système de double liquidation. L’instauration de la clause de sauvegarde permet de garantir le niveau des pensions des personnes liquidant leur retraite entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027. Il y a par

ailleurs un enjeu dans la mise en œuvre opérationnelle compte tenu de l'obsolescence du système d'information de la CCMSA et de la charge importante que fait peser sur ce régime cette évolution d'ampleur considérable.

D'autre part, elle retient un scénario qui n'était pas celui privilégié initialement par M. Julien Dive et par les sénateurs dans la proposition de loi de M. Philippe Mouiller ⁽¹⁾, lesquels plaidaient pour un mode de calcul basé sur les vingt-cinq meilleures années de point qui ne remettait pas en cause l'architecture du système. Ce scénario, envisagé mais non testé par la mission IGAS et CGAAER (scénario 2A), était probablement le plus favorable aux assurés, mais également le plus coûteux car il ne faisait pas de perdants par construction.

- Toutefois, le choix fait par le Gouvernement permet de calculer les vingt-cinq meilleures années sur l'ensemble des régimes. Cela présente un double intérêt pour les exploitants agricoles :

- la plupart des agriculteurs sont polypensionnés et ont donc validé des droits dans d'autres régimes, notamment celui des salariés agricoles ou des salariés du secteur privé non agricole ;

- le niveau de salaires versés dans les activités qui donnent lieu à une affiliation au régime général ou à un autre régime aligné est souvent plus élevé que le revenu des non-salariés agricoles. L'application d'une logique « tous régimes » à la prise en compte des vingt-cinq meilleures années conduit à écarter les mauvaises années faites en tant que non-salariés agricoles au profit de celles, plus favorables en termes de revenus, exercées en tant que salarié.

En outre, la mesure proposée permet, certes temporairement, d'appliquer les vingt-cinq meilleures années y compris à la partie de la retraite par points pour les périodes antérieures à 2016. C'est un choix qui s'éloigne du scénario initialement proposé par la mission Igas-CGAAER et qui est normalement plus favorable aux assurés.

B. UN MEILLEUR ACCÈS AUX MINIMA POUR LES PENSIONS LIQUIDÉES À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2026

1. Le maintien de la pension majorée de référence et le relèvement de son seuil d'écrêtement au niveau de celui du minimum contributif

- L'une des variantes des scénarios envisagés par le rapport rendu par l'Igas et le CGAAER consistait à supprimer la pension majorée de référence au profit d'un passage au MiCo applicable aux travailleurs indépendants non agricoles. Le principal intérêt d'un tel changement serait de faire bénéficier les agriculteurs du

(1) Proposition de loi n° 307 (2023-2024) de M. Philippe Mouiller et plusieurs de ses collègues visant à garantir un mode de calcul juste et équitable des pensions de retraite de base des travailleurs non-salariés des professions agricoles, adoptée en première lecture au Sénat le 19 mars 2024.

seuil d'écrêtement du MiCo (1 367 euros bruts en 2024) ⁽¹⁾, sensiblement supérieur à celui de la PMR (1 073 euros bruts). Le basculement des non-salariés agricoles vers le MiCo aurait toutefois entraîné des conséquences défavorables pour certains agriculteurs :

– le calcul de la PMR ne fait pas de distinction en fonction des périodes validées et des périodes cotisées, ce qui est avantageux pour les non-salariés agricoles dont la part de trimestres validés mais non cotisés est plus importante ;

– la majoration de pension de réversion et la majoration versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés sont prises en compte dans le calcul des avantages de vieillesse permettant de déterminer l'éligibilité à la PMR tandis qu'elles sont exclues du calcul du montant des pensions personnelles de retraite pour l'éligibilité au MiCo ⁽²⁾. En contrepartie, la PMR servie à un assuré est réversible à son conjoint en cas de décès, ce qui n'est pas le cas du MiCo.

• L'article 22 maintient l'existence de la PMR pour les exploitants agricoles et apporte des modifications de nature à renforcer les droits des bénéficiaires :

– les droits nouveaux consécutifs à la seconde liquidation demandée par un assuré ayant bénéficié du dispositif de cumul emploi-retraite créateur de droits ne seraient plus pris en compte dans la base ressources de la PMR (**8° du II**) ⁽³⁾ ;

– le seuil d'écrêtement de la PMR serait élevé au niveau de celui du MiCo pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026 (**28° du I**) ⁽⁴⁾.

2. Les minima de pension seraient ouverts aux chefs d'exploitation exerçant à titre secondaire

À l'heure actuelle, les chefs d'exploitation exerçant leur activité à titre secondaire ou accessoire ne sont pas éligibles aux minima de pension du régime agricole. Cela se justifie par leur plus faible effort contributif, qui fait l'objet d'une réforme à l'article 3 « en miroir » du présent article.

L'article 22 leur ouvre cette possibilité, aussi bien pour la pension majorée de référence (**27° du I**) que pour le complément différentiel de points de retraite complémentaire (**31° du I**). Cette prise en compte des périodes effectuées en cette qualité ne concernera que celles courant à compter du 1^{er} janvier 2026. Les données annexées à l'article ne permettent toutefois pas de savoir combien de personnes seraient concernées.

(1) C'est-à-dire le niveau de pensions au-delà duquel un assuré voit le montant de son MiCo ou de sa PMR réduite à due concurrence du dépassement.

(2) Article D. 732-112 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Le dispositif de cumul emploi-retraite créateur de droit est fixé à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale.

(4) 2° de l'article L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction résultant du présent article.

C. L'IMPACT FINANCIER ET LES EFFETS SUR LES PENSIONNÉS

● L'annexe 9 estime l'impact financier pour la branche vieillesse à 84 millions d'euros de dépenses supplémentaires en 2028, date réelle de mise en œuvre de la réforme. Le coût principal serait porté par le régime de base des non-salariés agricoles (67 millions d'euros) tandis que le régime complémentaire verrait son solde s'accroître de 11 millions d'euros, essentiellement du fait de la revalorisation du seuil d'écrêtement de la PMR. En effet, plus la pension de base est élevée, moins le nombre de points de retraites complémentaires attribués au titre du CDRCO sera important. La mesure aura donc partiellement pour conséquence de transférer des dépenses du régime complémentaire vers le régime de base.

La réforme montera en charge progressivement si bien que son coût annuel total pourrait être environ quatre fois supérieur à celui projeté en 2028 (84 millions d'euros), soit environ 330 millions d'euros.

S'agissant de l'effet sur les pensionnés, l'annexe 9 présente quatre cas type d'assurés liquidant leur pension au taux plein, et donc éligibles aux minima de pension. La rapporteure attire toutefois l'attention sur le caractère très théorique de ces simulations qui, pour pédagogiques qu'elles soient, ne sont pas de nature à refléter la diversité des carrières exercées par les assurés :

– le mono-pensionné dont le revenu est égal au salaire moyen (SMPT) sur l'ensemble de sa carrière. En 2026, sa pension n'est pas différente de celle qu'il aurait perçue sans réforme puisqu'il n'est pas éligible aux minima et qu'il n'a pas eu de carrière dans les régimes alignés. À partir de 2028, sa pension augmente en lien avec la sélection des meilleures années en points et en revenus qui lui sont plus favorables que les retraites forfaitaire et proportionnelle actuelles. Ce gain s'élève à 10 % en 2028 ;

– le chef d'exploitation à la carrière heurtée dans les régimes alignés et le régime des non-salariés agricoles. Ce cas effectue toute sa carrière en tant que salarié avec des revenus qui varient entre 1 et 2,5 Smic entrecoupée de dix années en tant que chef d'exploitation avec des revenus qui fluctuent également beaucoup et dont certains atteignent 800 Smic horaire. Le nouveau calcul des pensions permet la suppression de la prise en compte des années les moins avantageuses, dans les deux régimes, notamment celles à 800 Smic horaires dans leur entièreté au régime des non-salariés agricoles. Ainsi, la pension s'améliore significativement, à la fois sur la partie des régimes alignés et sur la partie du régime des non-salariés agricoles pour un gain de 23 % en 2028 par rapport à la situation sans réforme ;

– le salarié qui double ses revenus en devenant chef d'exploitation. Durant une carrière de dix ans en tant que salarié, cette personne perçoit un revenu égal à 50 % du plafond de la sécurité sociale (Pass), puis il augmente à 1 Pass durant sa carrière de chef d'exploitation. La sélection des meilleures années permet seulement une légère amélioration de la pension dans les régimes alignés puisque les revenus sont restés à 0,5 Pass. À partir de 2028, la pension du régime des non-salariés agricoles est également meilleure grâce à une dynamique des revenus plus favorable

à celle du montant de retraite forfaitaire ou des points de retraite proportionnelle. Finalement, en 2028, il bénéficie d'une pension supérieure de 4 % par rapport à une situation à législation inchangée ;

– le chef d'exploitation qui se tourne vers le salariat pour stabiliser ses revenus. Cette personne travaille en tant que chef d'exploitation pendant dix ans à 0,5 Pass puis quinze ans à 1 Pass et enfin achève sa carrière dans le salariat avec des revenus à hauteur de 1 Pass. Avec la réforme, ses années les moins rémunératrices au régime des non-salariés agricoles sont supprimées, améliorant sa pension de 3 % en 2028.

D. UNE HABILITATION À LÉGIFÉRER PAR ORDONNANCE POUR L'APPLICATION AUX OUTRE-MER

Le **VIII** habilite le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à modifier, pour 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 de veuvage des non-salariés des professions agricoles de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Mayotte, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Le recours à une ordonnance est justifié par le Gouvernement par le souci de coordonner cette réforme avec celle de l'assiette sociale des exploitants agricoles résultant de l'article 18 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

*

* *

Article 23

**Décalage de la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse
au 1^{er} juillet**

L'article 23 décale la date de revalorisation annuelle des prestations d'assurance vieillesse du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet.

Cette disposition s'applique aux prestations de vieillesse contributives (pensions, minimum contributif et pension majorée de référence pour les assurés du régime agricole) mais elle ne concerne pas les prestations non contributives que sont l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et l'allocation de solidarité vieillesse (ASV)

Les économies générées par cette mesure pour la branche vieillesse et l'État sont respectivement estimées à 2,9 milliards d'euros et 1 milliard d'euros en 2025.

**I. L'ÉTAT DU DROIT : LES PENSIONS DE VIEILLESSE SONT REVALORISÉES
CHAQUE ANNÉE LE 1^{ER} JANVIER POUR TENIR COMPTE DE L'INFLATION**

**A. LES PRESTATIONS SOCIALES FONT L'OBJET D'UNE
REVALORISATION ANNUELLE AFIN DE TENIR COMPTE DU TAUX
D'INFLATION CONSTATÉ**

• Depuis le 1er janvier 2016, l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale prévoit un principe général de revalorisation annuelle des prestations sociales. Avant cette date, les montants des prestations étaient révisés à des dates différentes et selon des règles variables pour chacun des dispositifs.

Les modalités de revalorisation des droits et prestations ont été unifiées par l'article 67 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 s'agissant des prestations financées par l'État et les collectivités territoriales et par l'article 89 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 s'agissant des prestations financées par les organismes de sécurité sociale.

• Les dates de mise en œuvre de ces revalorisations ont notamment été harmonisées :

– les pensions de retraite, et certaines prestations sociales assimilées (comme l'allocation de solidarité aux personnes âgées – Aspa – et l'allocation de veuvage) sont revalorisées le 1^{er} janvier de chaque année ⁽¹⁾ ;

(1) Article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Les évolutions récentes des dates de versement des pensions de retraite

Les pensions de retraite de base du régime général et des régimes alignés et les anciennes formes de minimum vieillesse ont longtemps été revalorisées à la même échéance, le 1^{er} avril de chaque année. Afin de générer des économies pour la branche vieillesse, la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a créé un décalage en reportant la date de revalorisation des pensions de retraite au 1^{er} octobre. Ces économies ont été estimées à 3,3 milliards d'euros entre 2014 et 2017 selon le rapport de la commission des affaires sociales sur la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Dans un objectif de clarification, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a harmonisé les dates de revalorisation des pensions de retraite et de l'Aspa au 1^{er} janvier de chaque année. En anticipant ainsi sa date de revalorisation, cette réforme a permis d'accélérer la mise en œuvre de l'augmentation de l'Aspa, bénéficiant ainsi principalement aux retraités modestes.

– la plupart des autres prestations sociales – minima sociaux, prestations familiales, prestations AT-MP des régimes de sécurité sociale, plafonds de ressources pour la complémentaire santé solidaire, etc. – sont revalorisées le 1^{er} avril de chaque année.

- Le législateur a également simplifié le mode de calcul de la revalorisation du montant des droits et prestations, lequel se fonde désormais sur un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Ce mode de calcul basé sur l'inflation constatée *ex post* présente l'avantage de ne pas nécessiter de mécanisme correctif, à la différence d'un mode de calcul fondé sur des taux prévisionnels d'inflation. Le second alinéa de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale permet en outre d'exclure toute baisse des prestations lorsque l'inflation est négative assurant par un « effet cliquet » que le niveau des prestations concernées ne baisse pas.

Ainsi, en cas d'inflation négative, le coefficient de revalorisation est automatiquement porté à un. Dans cette hypothèse, les allocataires des prestations bénéficient d'une amélioration de pouvoir d'achat, le montant desdites prestations augmentant en termes réels – c'est-à-dire corrigé de l'inflation.

Concrètement, l'avant-dernier mois par rapport à janvier 2025 est le mois de novembre 2024. À cette date, l'Insee publiera l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) d'octobre 2024. Les IPCHT des douze mois précédant la date de publication sont donc ceux correspondant aux mois de novembre 2023 à octobre 2024.

Pour calculer le coefficient de revalorisation, l'on applique le taux de variation entre les deux valeurs suivantes :

- a) La valeur moyenne de tous les IPCHT de novembre 2023 à octobre 2024 ;
- b) La valeur moyenne de tous les IPCHT de novembre 2022 à octobre 2023.

Si le taux est supérieur à 0 % alors le coefficient de multiplication est supérieur à 1 et on l’applique au montant qu’on veut revaloriser. Si le taux est inférieur à 0 % (inflation négative), alors le mécanisme de protection s’active et le coefficient est automatiquement porté à 1. Il n’y a donc aucune revalorisation mais aucune baisse.

En application de ce mécanisme, les pensions de retraite et les prestations assimilées ont été revalorisées de 5,3 % le 1^{er} janvier 2024 ⁽¹⁾. Selon les dernières prévisions présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale, cette revalorisation contribue à hauteur de 5,3 points à l’évolution totale du montant des droits propres en 2024 (+ 6,9 % par rapport à 2023) ⁽²⁾.

B. LES DATES DE REVALORISATION DES PENSIONS DE VIEILLESSE ONT FAIT L’OBJET DE PLUSIEURS ÉVOLUTIONS DANS LE PASSÉ

- Les pensions de retraite de base du régime général et des régimes alignés et les anciennes formes de minimum vieillesse ont longtemps été revalorisées à la même échéance, le 1^{er} avril de chaque année. Afin de générer des économies pour la branche vieillesse, la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l’avenir et la justice du système de retraites a créé un décalage en reportant la date de revalorisation des pensions de retraite au 1^{er} octobre – tout en maintenant la date de revalorisation des prestations du minimum vieillesse au 1^{er} avril. Ces économies ont été estimées à 3,3 milliards d’euros entre 2014 et 2017 selon le rapport de la commission des affaires sociales sur la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

ÉCONOMIES GÉNÉRÉES PAR LE DÉCALAGE DE LA DATE DE REVALORISATION ANNUELLE DES PENSIONS AU 1^{ER} OCTOBRE

(en milliards d’euros)

Année	2014	2015	2016
Économies générées	0,9	1,2	1,2

Source : commission des affaires sociales.

Dans un objectif de clarification, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a harmonisé les dates de revalorisation des pensions de retraite et de l’Aspa au 1^{er} janvier de chaque année ⁽³⁾. Cette modification a notamment eu pour conséquence d’anticiper la mise en œuvre de l’augmentation du montant de l’Aspa prévu par cette même loi. L’on rappellera toutefois que l’article 41 de la loi de financement pour 2018 a également prévu l’absence d’indexation des pensions de retraite pour l’année 2018.

(1) Instruction interministérielle n° DSS/31/2023/189 du 28 novembre 2023 relative à la revalorisation des pensions de vieillesse, des minima sociaux et des minima de pension au 1^{er} janvier 2024.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025.

(3) Article 41 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

● Si depuis cette réforme le législateur n'a pas modifié les dates de revalorisation annuelle des prestations de vieillesse, plusieurs aménagements exceptionnels et ponctuels ont toutefois été apportés à leur mécanisme d'indexation.

En effet, aucun principe de valeur constitutionnelle ou conventionnelle ne contraint le législateur à prévoir la revalorisation automatique des prestations sociales. Le mécanisme de droit commun prévu à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale n'exclut donc pas la possibilité pour le législateur d'y déroger, notamment en fonction du contexte macroéconomique, ni de prévoir des revalorisations différenciées.

La situation s'est produite à plusieurs reprises sous les précédentes législatures :

– la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu l'absence d'indexation des pensions de retraite pour l'année 2018 ;

– en 2019 ⁽¹⁾ et 2020 ⁽²⁾, les pensions de retraite ont été sous-indexées à hauteur de + 0,3 %, soit un niveau inférieur à l'évolution de l'IPCHT constatée en 2018 (+ 1,6 %) et en 2019 (+ 1 %) ;

– la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat a prévu une revalorisation anticipée de 4 % au 1^{er} juillet 2022, laquelle s'est imputée sur la revalorisation de droit commun intervenue le 1^{er} janvier 2023 ⁽³⁾.

● Plusieurs prestations ont toutefois été exclues totalement ou partiellement du champ des mesures de sous-indexation pour être revalorisées au niveau de l'inflation :

– la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a exclu du champ d'application de la sous-indexation l'allocation de veuvage et les allocations du minimum vieillesse ;

– outre l'allocation de veuvage et les allocations du minimum vieillesse, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a également exclu du champ d'application de la sous-indexation les pensions de retraite et d'invalidité des assurés dont le montant total était inférieur ou égal à 2 000 euros bruts par mois – soit 77 % des pensionnés, représentant 14 millions de personnes selon l'étude d'impact –, les majorations de pensions de retraite afférentes aux dites pensions (minimum contributif, majoration pour conjoint à charge et pension majorée de référence des exploitants agricole).

(1) Article 69 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Article 81 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(3) Article 9 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

II. LE DROIT PROPOSÉ : LE DÉCALAGE DE LA REVALORISATION ANNUELLE DES PENSIONS AU 1^{ER} JUILLET

A. LA DATE DE REVALORISATION ANNUELLE DES PENSIONS SERAIT DÉCALÉE DE SIX MOIS TANDIS QUE CELLE DU MINIMUM VIEILLESSE SERAIT MAINTENUE AU 1^{ER} JANVIER

1. Le décalage de la date de revalorisation s'appliquerait à la majorité des pensions de base ainsi qu'aux minima de pension

• L'article 23 décale la date de revalorisation annuelle des pensions de vieillesse du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet.

Ce décalage s'appliquerait dès l'entrée en vigueur de la loi de financement, ce qui aboutirait à retarder de six mois la revalorisation des pensions en 2025. Il s'appliquerait aux prestations suivantes :

– les prestations de vieillesse revalorisées en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale (**1° du II**) : les pensions de retraite de droit direct, les pensions de réversion⁽¹⁾, y compris les majorations pour enfant à charge⁽²⁾ et l'allocation de veuvage⁽³⁾ ;

– les minima de pension, qu'il s'agisse du minimum contributif (MiCo) des assurés du régime général et des régimes alignés (**1° du II**)⁽⁴⁾, du minimum garanti des fonctionnaires (MiGa)⁽⁵⁾ ou de la pension majorée de référence (PMR) du régime de base des non-salariés agricoles (**1° du I**)⁽⁶⁾.

Toutes les prestations de vieillesse ne sont toutefois pas concernées. Dans sa rédaction, l'article exclut ainsi les allocations du minimum vieillesse, notamment l'Aspa⁽⁷⁾, du champ des prestations dont la date de revalorisation est décalée.

Cet article a donc pour effet de réinstaurer un décalage entre la date de revalorisation des prestations de vieillesse contributives (le 1^{er} juillet) et celle des minima sociaux applicables aux personnes âgées (le 1^{er} janvier).

(1) En application de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale, les pensions de réversion sont calculées en fonction d'un pourcentage de la pension principale dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré. Elles bénéficient donc de la revalorisation prévue à l'article L. 161-23-1 du même code.

(2) Article L. 353-5 du code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général et article L. 732-50 du code rural et de la pêche maritime pour les assurés du régime des non-salariés agricoles.

(3) Article L. 356-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 351-10 du code de la sécurité sociale. Le MiCo est applicable aux salariés du régime général et aux assurés des régimes alignés, à savoir les salariés agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles.

(5) L'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite qui prévoit le MiGa précise qu'il est revalorisé dans les mêmes conditions que les pensions prévues à l'article L. 16 du même code, lequel fait un renvoi à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

(6) Article L. 732-54-2 du code rural et de la pêche maritime. Le présent article aligne dorénavant légistiquement la date de revalorisation de la PMR sur celle applicable au MiCo, de sorte qu'une modification de cette dernière entraînerait automatiquement une modification de la première.

(7) Article L. 816-2 du code de la sécurité sociale.

● Outre les pensions de retraite du régime général et des régimes alignés qui sont spécifiquement visées par l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, le décalage s'appliquerait également aux pensions de retraite de base :

– des fonctionnaires ⁽¹⁾ ;

– des professionnels libéraux, à travers la revalorisation de la valeur de service du point servant au calcul du montant de la pension servie par leur régime de base ⁽²⁾. En outre, le **2° du I** crée un nouvel article L. 653-7-1 dans le code de la sécurité sociale pour indexer les pensions de retraite des avocats sur les règles de droit commun. La mesure de décalage s'appliquera donc bien à eux ;

– des assurés du régime des marins ⁽³⁾ ;

– des exploitants agricoles ⁽⁴⁾ ;

– aux pensions de vieillesse des assurés du régime des ministres des cultes.

En l'état actuel de la rédaction du texte, et par des jeux de renvoi juridique, cette mesure aboutit également à reporter la date à laquelle sont revalorisés les cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions ⁽⁵⁾.

Cette mesure s'applique en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Elle ne s'applique toutefois pas à la plupart des pensions des régimes de retraite complémentaire, notamment celles versées par l'Agirc-Arrco. Les pensions versées par l'Ircantec aux retraités contractuels de la fonction publique ainsi que les pensions de retraite complémentaire des travailleurs indépendants sont néanmoins concernées puisqu'elles sont revalorisées dans les mêmes conditions que les pensions de retraite de base.

2. L'article procède à plusieurs autres modifications

● Dans la mesure où la date de revalorisation des rentes servies par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) est aujourd'hui fixée par référence à celle des cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions, une modification de la date de revalorisation des pensions entraîne nécessairement celle desdites rentes ⁽⁶⁾.

(1) Article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

(2) Article L. 643-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 5552-20 du code des transports.

(4) Article L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime.

(5) Article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.

(6) Article L. 1142-14 du code de la sécurité sociale pour les rentes servies après engagement de la responsabilité d'un professionnel de santé ou d'un établissement public et article L. 1142-17 du même code pour les rentes servies même en l'absence d'une telle responsabilité.

Le **III** de l'article 23 modifie la date de revalorisation de ces rentes pour l'aligner sur celle applicables aux pensions d'invalidité, soit le 1^{er} avril. Cela représente un décalage de trois mois par rapport au droit actuel.

● En application du IV de l'article L. 732-63 du code rural et de la pêche maritime, les exploitants agricoles qui justifient d'une certaine durée d'assurance accomplie en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre exclusif ou principal bénéficiaire d'un complément différentiel de points de retraites complémentaires obligatoires (CDRCO) qui permet de majorer leur pension de retraite complémentaire. Depuis la loi dite « Chassaigne I »⁽¹⁾, les non-salariés agricoles qui justifient d'une carrière complète bénéficient d'un nombre de points leur permettant d'obtenir une pension de retraite de base et complémentaire d'un montant égal à 85 % du Smic en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle ils liquident leur pension⁽²⁾.

Par souci d'harmonisation, le **2° du I** modifie la date de référence du Smic pris en compte pour le calcul du CDRCO afin que celui-ci soit effectué par référence au Smic en vigueur le 1^{er} juillet qui précède la date de prise d'effet de la pension de retraite. Concrètement, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole éligibles au CDRCO qui partiraient à la retraite entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2025 verraient leur pension de retraite complémentaire relevée à hauteur de 85 % du Smic en vigueur le 1^{er} juillet 2024. Ils ne bénéficieraient donc pas de l'évolution du Smic qui doit intervenir au 1^{er} novembre 2024.

● Enfin, le **IV** de l'article tire les conséquences du décalage de la période de référence prise en compte pour déterminer le coefficient de revalorisation des pensions de vieillesse sur le dispositif de revalorisation complémentaire des pensions de vieillesse servies aux assurés de Saint-Pierre-et-Miquelon⁽³⁾.

B. CETTE MESURE GÉNÉRERAIT DES ÉCONOMIES PÉRENNES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET L'ÉTAT

● Selon les estimations du Gouvernement, cette mesure générerait des économies de 2,9 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse en 2025. Ce montant intègre « l'effet retour » lié aux moindres recettes de CSG qui seraient prélevées sur des pensions moins élevées. Ces économies dont de deux ordres :

(1) Article 1^{er} de la loi n° 2020-839 du 3 juillet 2020 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles en France continentale et dans les outre-mer.

(2) Il s'agit plus précisément de porter le montant annuel des droits propres servis à l'assuré à un montant égal à 85 % de 1 820 Smic fois le Smic horaire agricole.

(3) g du 1^o 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. Ce dispositif permet d'ajuster le montant de la revalorisation dont bénéficient les retraités de Saint-Pierre-et-Miquelon à l'évolution de l'inflation sur le territoire lorsque celle-ci est supérieure à celle observée dans l'Hexagone.

– d’une part, en ne revalorisant les pensions qu’à compter du 1^{er} juillet 2025, le volume total des pensions versées en 2025 serait mécaniquement moins élevé que si la revalorisation avait lieu en janvier (effet volume) ;

– d’autre part, il est probable que le coefficient de revalorisation applicable à une revalorisation le 1^{er} juillet 2025 soit moins favorable que celui qui serait applicable au 1^{er} janvier, compte tenu du fonctionnement des règles de revalorisation prévu à l’article L. 161-25 du code de la sécurité sociale (effet de base).

En effet, si la revalorisation intervenait en juillet 2025, alors le coefficient de revalorisation serait défini par rapport à l’inflation observée entre les mois de mai 2023 et avril 2024 d’une part et les mois de mai 2024 et avril 2025 d’autre part.

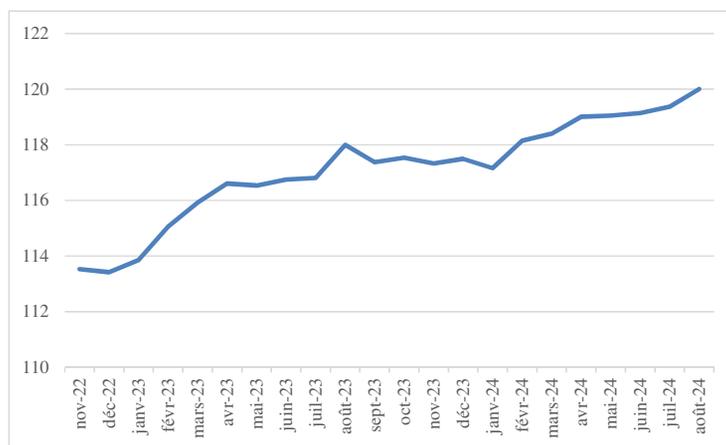
ÉVOLUTION DES PÉRIODES DE RÉFÉRENCE PRISES EN COMPTE POUR LA REVALORISATION DES PENSIONS DE RETRAITE

Revalorisation le 1 ^{er} janvier 2025	Revalorisation le 1 ^{er} juillet 2025
Moyenne des IPCHT de novembre 2023 à octobre 2024	Moyenne des IPCHT de mai 2024 à avril 2025
divisé par	divisé par
Moyenne des IPCHT de novembre 2022 à octobre 2023	Moyenne des IPCHT de mai 2023 à avril 2024

Source : commission des affaires sociales.

Or, ce changement conduit à exclure du calcul du coefficient de revalorisation l’évolution de l’inflation constatée entre novembre 2022 et avril 2023, laquelle était encore très dynamique comme le démontre le graphique suivant. Ainsi, sur les six premiers mois de la période de référence actuelle (novembre 2022 à avril 2023), l’IPCHT a augmenté de 2,7 % tandis qu’il n’a augmenté que de 0,9 % sur les six premiers mois de la future période de référence (mai 2023 à octobre 2023).

ÉVOLUTION DE L’IPCHT (NOVEMBRE 2022-AOÛT 2024)



Source : commission des affaires sociales à partir des données de l’Insee.

Selon les données annexées au projet de loi de financement, ce simple décalage de calendrier pourrait ainsi aboutir à ce que les pensions de retraite ne soient revalorisées que de 1,8 % en juillet 2025 tandis que l'application des règles actuelles conduirait à les revaloriser de 2,3 % dès janvier 2025.

L'annexe 9 ne propose qu'une seule simulation des effets de la mesure pour un retraité monopensionné ayant effectué une carrière complète et touchant la pension moyenne mensuelle des retraités. Une revalorisation au 1^{er} janvier 2025 aurait porté sa pension moyenne mensuelle à 2 166 euros, soit 43 euros de plus qu'en 2024. Une revalorisation au 1^{er} juillet 2025 porterait sa pension moyenne mensuelle de l'année à 2 147 euros, soit une progression de 23 euros par rapport à 2024.

La rapporteure regrette qu'une mesure d'une telle ampleur n'ait pas fait l'objet d'une étude d'impact plus poussée sur les effets socio-économiques qu'elle induit pour les retraités. Plus particulièrement, aucune simulation fournie par le Gouvernement ne permet de connaître l'effet de ce décalage sur les retraités modestes. Si le minimum vieillesse est bien exclu de cette mesure, tel n'est pas le cas des minima de pension contributifs que sont le minimum contributif dans les régimes alignés, le minimum garanti dans la fonction publique et la pension majorée de référence et le complément différentiel de point de retraite complémentaire obligatoire (CDRCO) dans le régime des non-salariés agricoles. Or, selon la Cnav, 32 % des retraités perçoivent le minimum contributif au 31 décembre 2023 ⁽¹⁾. Au régime des non-salariés agricoles, la proportion d'agriculteurs retraités bénéficiant du CDRCO était de 21 % ⁽²⁾. Compte tenu du nombre de personnes concernées, la rapporteure regrette que la solution consistant à envisager une date de revalorisation différenciée en fonction du montant des pensions n'ait pas été envisagée.

● Compte tenu de cet effet de base, les économies permises par cet article s'établiraient à environ 3 milliards d'euros par an en 2026 et en 2027 pour la sécurité sociale et à 1 milliard d'euros par an pour l'État au titre des pensions versées aux fonctionnaires.

*

* *

(1) Caisse nationale d'assurance vieillesse, *Recueil statistique du régime général*, édition 2024, p. 36.

(2) *Mutualité sociale agricole, tableau de bord. Les retraites du régime des non-salariés agricoles au 31 décembre 2023, mai 2024.*

Article 24

Améliorer l'indemnisation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel

Cet article, qui s'appliquera à compter de 2026, tire les conséquences d'un revirement intervenu en 2023 dans la jurisprudence de la Cour de cassation quant à la définition du ou des préjudices que compense la rente – ou par exception l'indemnité en capital – pour incapacité permanente en cas d'accident ou de maladie trouvant son origine dans l'exercice professionnel d'une part et aux fractions de cette indemnisation respectivement à la charge de la sécurité sociale et de l'employeur d'autre part.

Il réaffirme la double couverture de la perte économique et de l'atteinte physique personnelle, tout en fixant des paramètres de réparation plus favorables aux assurés.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 comportait déjà un article 39 poursuivant le but d'adapter la loi au changement d'interprétation du juge judiciaire. Il avait été supprimé dès son examen en première lecture par l'Assemblée nationale.

I. LE DROIT EXISTANT

Plus petite branche des régimes obligatoires de base (Robss), dont elle représente moins de 3 % des ressources et des charges, la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) a vu ses paramètres réaffirmés et améliorés depuis plus d'un siècle **(A)**, mais le juge judiciaire a révisé au début de l'année passée sa lecture du champ de la réparation **(B)**.

A. DES PRINCIPES ANCIENS ET RÉGULIÈREMENT CONSOLIDÉS

La branche AT-MP couvre le fait, de subir, dans l'exercice professionnel ou à l'occasion du trajet vers ou depuis le lieu de sa pratique, un fait accidentel entraînant une lésion ou celui de contracter, en lien avec l'activité et y compris tardivement, une pathologie **(1)**. Elle repose sur des principes historiques **(2)** qui la distinguent de l'assurance maladie de droit commun **(3)**.

1. Trois types de risques ouvrant droit à une assurance collective

Les risques professionnels connaissent une prise en charge socialisée.

• L'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale qualifie d'**accident du travail** celui qui survient par son fait ou à son occasion, quelle qu'en soit la cause.

D'après l'article L. 411-2 du même code, l'**accident de trajet**, reconnu lorsque la victime ou ses ayants droits prouvent la réunion de l'ensemble des conditions ou que l'enquête permet à la caisse de disposer de présomptions suffisantes sur ce point, peut arriver à un travailleur pendant son déplacement d'aller et de retour, entre :

– sa résidence principale, sa résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où il se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial ;

– et le lieu de son travail ou le restaurant, la cantine ou le lieu où il prend habituellement ses repas, sauf si le parcours a été interrompu ou détourné pour un motif d'intérêt personnel.

L'article L. 411-3 dudit code définit comme **maladie professionnelle** toute affection désignée dans l'annexe II à l'article R. 461-3, composée de cent-deux tableaux qui combinent une description (anémie, asthme, encéphalopathie, ulcération, etc.), un délai de prise en charge (allant de quelques jours à plusieurs dizaines d'années) et une liste indicative ou limitative des travaux susceptibles d'en être la cause.

Si une ou plusieurs conditions, comme la durée d'exposition au facteur de risque, ne sont pas réunies, une maladie figurant dans ces tableaux peut tout de même être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Peut également être reconnue d'origine professionnelle une maladie absente de ces listes lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle a entraîné son incapacité permanente ou son décès.

• La quasi-totalité des recettes de la branche AT-MP, soit 16,3 milliards d'euros sur les 17,1 milliards d'euros prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, repose sur des cotisations des entreprises, dont le taux est fonction de leur effectif et le cas échéant de leur propre historique de sinistralité, et par exception de leur secteur ou de leur localisation. Son calcul est mutualisé par branche professionnelle dans les établissements de moins de vingt salariés, individualisé dans ceux de plus de cent quarante-neuf salariés et mixte dans le cas d'un volume de personnel intermédiaire à ces deux seuils.

Il n'existe pas de cotisations salariales pour cette branche.

Le reliquat tient aux produits récupérés par les caisses grâce aux recours contre des tiers et, certaines années, à des transferts d'autres branches.

2. Un compromis renouvelé entre les partenaires sociaux

Le système des AT-MP est le fruit de trois textes essentiels.

La loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail a consacré la notion de **responsabilité sans faute**, l'employeur étant présumé responsable du dommage.

Ce principe permet d'épargner à la victime les lenteurs et les aléas d'un procès, tout en prévoyant en contrepartie l'absence d'action en réparation que lui ou ses ayants droit pourraient exercer, sauf dans les cas où l'employeur est déclaré coupable de **faute inexcusable** (FIE) et donc exclu du compromis de 1898, avec une subrogation de la sécurité sociale dérogatoire au droit civil général.

La faute inexcusable de l'employeur

Initialement jugée comme une faute d'une gravité exceptionnelle ⁽¹⁾, la faute inexcusable de l'employeur a été redéfinie par une série d'arrêts rendus au début du XXI^e siècle au sujet de salariés atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante. Pour la haute juridiction, une telle faute est qualifiée lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel le salarié était confronté et n'avait rien fait pour l'en préserver ⁽²⁾.

La loi du 25 octobre 1919 a étendu aux maladies professionnelles la plupart des règles applicables jusqu'alors aux accidents du travail.

Enfin, la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles a intégré les textes relatifs aux AT-MP dans la législation de la sécurité sociale.

Cette dernière a été chargée de gérer le risque professionnel et s'est substituée en cela aux employeurs et à leurs assureurs privés dans la responsabilité vis-à-vis des victimes, moyennant le paiement de cotisations par les employeurs.

La loi de 1946 a par ailleurs consacré le lien entre le niveau de risque de l'activité de l'entreprise et le taux de cotisation, permettant d'adapter celui-ci et d'en faire un instrument de prévention.

3. Une indemnisation spécifique

De manière générale, la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ouvre droit à une réparation qui diffère des règles prévues pour le remboursement classique des soins de santé.

L'assuré bénéficie d'une **prise en charge des frais médicaux à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale**, sans ticket modérateur et quelle que soit leur nature. Les professionnels de santé sont directement payés par la caisse compétente, selon le système du tiers payant.

Par ailleurs, des allocations sont versées si la victime ne peut reprendre son travail pendant une brève période *(a)* ou définitivement *(b)*.

a. L'aide pour incapacité temporaire

En cas d'arrêt de travail et jusqu'à sa reprise ou à la constatation par un médecin de la stabilisation de son état, l'assuré perçoit de la sécurité sociale des **indemnités journalières (IJ)**.

(1) Cass., ch. réunies, 15 juillet 1941, pourvoi n° 00-26.836.

(2) Cass., soc., 28 février 2002, pourvoi n° 00-11.793 ; Cass., soc. 11 avril 2002, pourvoi n° 00-16.535.

La reconnaissance du caractère professionnel de son accident ou de sa maladie a une conséquence importante pour l'assuré puisque les indemnités journalières versées à ce titre sont de 60 % du salaire journalier de base (SJB) pendant vingt-huit jours sous un plafond de 232,03 euros par jour, puis sont majorées à 80 % au-delà sous un plafond de 309,37 euros par jour, contre un taux de 50 % pour la branche maladie.

Le SJB correspond à la division par 30,42 (soit le nombre moyen de jours d'un mois fictif) du salaire brut du mois précédant l'arrêt de travail. Il est plafonné à 386,70 euros.

b. L'aide pour incapacité permanente, majorée si l'employeur a commis une faute inexcusable

Une fois son état de santé consolidé, l'assuré est convoqué par le service médical de la caisse d'assurance maladie dont il relève pour être examiné par un médecin-conseil.

Le cas échéant, ce dernier constate l'**incapacité permanente** (IP) de la personne et détermine, selon l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, son taux en fonction de la nature de l'infirmité, de l'âge et des facultés de la victime, ainsi que de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle, compte tenu du barème indicatif figurant aux annexes I et II à l'article R. 434-32 du même code.

Si l'incapacité de l'assuré est permanente, lui est attribuée une indemnité en capital ou une rente jusqu'à son décès ou à l'intention de ses ayants droit.

Contrairement, parfois sous un plafond, à la plupart des IJ ou allocations sociales, ces deux prestations de la branche AT-MP ne sont soumises ni à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ni à l'impôt sur le revenu ⁽¹⁾.

● Pour les niveaux d'incapacité permanente strictement inférieurs à un seuil, l'assuré perçoit une **indemnité en capital**.

D'une part, l'article R. 431-1 du code de la sécurité sociale fixe – sans changement depuis le décret n° 85-1353 du 17 décembre 1985 – à 10 % le taux d'incapacité en deçà duquel est versée une telle indemnité forfaitaire.

D'autre part, l'article L. 434-1 du même code prévoit que son montant est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année suivant le coefficient de l'article L. 161-25 dudit code, soit « *l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date* » du changement.

(1) 7° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale ; premier alinéa du I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ; 8° de l'article 81 du code général des impôts.

À partir des chiffres donnés au 1^{er} avril 2016 par l'article D. 434-1 du code de la sécurité sociale s'obtient le **barème forfaitaire** ci-après, qui montre une hausse de 4,6 % entre 2023 et 2024.

**MONTANT DE L'INDEMNITÉ EN CAPITAL
SELON LE TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE DEPUIS LE 1^{ER} AVRIL 2024**

(en euros)

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	471,54
2 %	766,46
3 %	1 120,02
4 %	1 767,81
5 %	2 239,50
6 %	2 769,91
7 %	3 358,99
8 %	4 007,52
9 %	4 714,69

Source : assurance maladie.

● Si l'incapacité permanente de l'assuré atteint ou dépasse 10 %, ce dernier perçoit une **rente viagère** calculée sur la base du salaire des douze derniers mois précédant l'arrêt, multiplié par le **taux d'incapacité utile**, c'est-à-dire réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure à ce seuil, ainsi que le prévoit l'article R. 434-2 du même code ⁽¹⁾.

L'article L. 434-16 dudit code précise que la rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à 10 % est calculée sur un **salaire utile** qui ne peut ni être moindre qu'un montant dit salaire minimum des rentes (SMR) déterminé chaque année au 1^{er} avril et indexé sur l'inflation, soit 20 971,34 euros actuellement, ni supérieur à 4 fois le montant du SMR.

Pour une IP de plus de 80 %, impliquant une difficulté à accomplir seul au moins trois actes ordinaires de la vie courante, l'assuré peut bénéficier d'une **prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTC)**.

● Enfin, lorsque l'accident ou la maladie résulte d'une faute inexcusable de l'employeur, la victime ou ses ayants droit ont droit à une **majoration** de la rente ou de l'indemnité en capital.

L'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale précise que lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser celui de ladite indemnité et que, lorsqu'une rente lui a été versée, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée ne puisse excéder soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.

(1) Pour un salaire de 22 000 euros et une incapacité de 30 %, la rente est égale à 22 000 x 15 %.

En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel.

B. UN REVIREMENT DE JURISPRUDENCE RÉCENT

Il convient de présenter ce qui motivait l'analyse du juge judiciaire avant le début de l'année 2023 (1), puis les divergences qu'elle manifestait (2) et enfin sa lecture actuelle des préjudices couverts par une rente pour AT-MP (3).

Un débat connu du Parlement depuis plusieurs décennies

En des termes proches de ceux mobilisés dans le présent commentaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, la commission des affaires sociales du Sénat relevait dès 1968 que « *le problème [de la dualité de la rente] n'a cessé de soulever de nombreuses controverses jurisprudentielles et doctrinales* ».

Certes, il était établi que « *le préjudice subi par une victime d'accident comporte plusieurs éléments* », à savoir un préjudice matériel relevant de la responsabilité civile et un double préjudice corporel et moral, le premier étant compensé par des indemnités journalières puis, le cas échéant, une rente pour incapacité permanente, et le second étant lié à la souffrance physique, psychique ou morale, mais aussi à l'agrément.

Toutefois, une question n'était pas tranchée : « *les caisses de sécurité sociale peuvent-elles asseoir leur prélèvement* », c'est-à-dire leur recouvrement contre un tiers auteur, « *sur l'ensemble des indemnités accordées à la victime sans distinguer celles allouées à titre personnel* » ? La position arrêtée en 1959 par la Cour de cassation faisait l'objet, en effet, de rebellions de plusieurs cours d'appel, celle de Paris jugeant par exemple le 29 juin 1965 que « *le recours des caisses ne saurait porter que sur les sommes afférentes aux chefs de préjudices dont l'indemnisation est expressément prévue par la législation de sécurité sociale, laquelle est exclusive du préjudice moral ou esthétique et notamment du pretium doloris* ».

Source : rapport n° 35 de M. Léon Messaud, enregistré à la présidence du Sénat le 14 novembre 1968, sur une proposition de loi devenue la loi n° 73-1200 du 27 décembre 1973 relative à l'étendue de l'action récursoire des caisses de sécurité sociale en cas d'accident occasionné à un assuré par un tiers.

1. Une conception initialement hybride de la rente

La Cour de cassation considérait de longue date que la réparation versée aux victimes d'une incapacité permanente indemnisait à la fois leur impossibilité de travailler et l'ensemble des souffrances éprouvées dans leur vie quotidienne.

• Ses chambres réunies ont tôt jugé que « *la loi du 30 octobre 1946 ne [fait] aucune distinction entre les éléments matériels ou moraux du préjudice qu'elle a pour objet de réparer* »⁽¹⁾.

(1) Cass., ch. réunies, 27 avril 1959 ; Cass. soc., 6 juillet 1967 ; Cass., soc., 1^{er} février 1968.

La Cour a ensuite « *affirmé le caractère patrimonial de la rente sans toutefois exclure sa dimension personnelle, la caisse [de sécurité sociale] pouvant exercer son recours sur un poste de préjudice personnel si elle établit avoir effectivement et préalablement versé à la victime une prestation réparant de manière incontestable un tel préjudice* »⁽¹⁾.

Tant la chambre criminelle que la deuxième chambre civile ont plus tard considéré que « *la preuve que la rente a indemnisé un préjudice personnel résulte de l'existence même d'une différence entre le montant de la rente et celui des préjudices professionnels, et qu'en l'absence de perte de gains professionnels ou d'incidence professionnelle, cette rente indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent* »⁽²⁾.

Ainsi, la Cour a dégagé une « *concordance entre, d'une part, la rente et, d'autre part, les trois postes de préjudices que sont la perte de gains professionnels, l'incidence professionnelle et le déficit fonctionnel permanent* »⁽³⁾.

Sur ce fondement, la possibilité pour un assuré percevant une telle rente ou une telle indemnité de demander au juge d'imposer à son employeur coupable d'une faute inexcusable une réparation de ses « *souffrances physiques et morales endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle* » sur le fondement de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale était subordonnée à la preuve qu'il ne s'agisse pas de désagréments inclus dans le déficit fonctionnel permanent, lui-même inclus dans la rente, donc de souffrances temporaires méritant une compensation distincte de celle de la branche AT-MP⁽⁴⁾.

● Cette position de la Cour de cassation sur la dualité de la rente trouvait des appuis dans la doctrine, où d'aucuns ont avancé que « *l'on ne peut sérieusement soutenir, surtout lorsqu'il n'existe aucune incidence professionnelle, que la rente ne répare rien ; prétendre le contraire reviendrait à dire qu'en pareil cas, la rente est une prestation d'assistance* »⁽⁵⁾.

(1) Cass., 29 octobre 2007, avis n^{os} 0070015P, 0070016P et 0070017 ; rapport de Mme Bernadette van Ruyambeke, conseillère à la Cour de cassation, sur les pourvois n^{os} 20-23-673 et 21-23.947 (cf. infra).

(2) Cass., 2^{ème} civ., 23 octobre 2008, pourvoi n^o 07-18.819 ; Cass., crim., 19 mai 2009, pourvois n^{os} 08-86.050 et 08-86.485 ; Cass., 2^{ème} civ., 11 juin 2009, pourvois n^{os} 08-17.581, 07-21.768, 08-16.089, 07-21.816 et 08-11.853 ; Cass., 2^{ème} civ., 19 novembre 2009, pourvoi n^o 08-18.019 ; Mme Bernadette van Ruyambeke, op. cit.

(3) Cass., 2^{ème} civ., 16 juin 2011, pourvoi n^o 10-20393 ; Cass., 2^{ème} civ., 22 novembre 2012, pourvoi n^o 11-22.763 ; Cass., 2^{ème} civ., 7 mars 2019, pourvoi n^o 18-10.776 ; Mme Bernadette van Ruyambeke, op. cit.

(4) Cass, 2^{ème} civ., 28 février 2013, pourvoi n^o 11-21.015.

(5) Pr Hubert. Groutel, « *Recours des tiers payeurs : enfin des règles sur l'imputation des rentes d'accident du travail (et prestations analogues)* », in Responsabilité civile et assurances (n^o 7-8), juillet 2009.

2. Un écart avec d'autres cours suprêmes

Présentant l'avantage d'éviter des cas de double indemnisation, la position de la plus haute juridiction de l'ordre judiciaire montrait deux limites. D'une part, le calcul forfaitaire de la rente sur la base du taux d'IP appliqué au salaire de référence de l'assuré pouvait, par construction, mal prendre en compte la réparation de préjudices extérieurs à sa vie professionnelle. D'autre part, il était difficile pour les victimes d'AT-MP d'administrer la preuve de ce que leur rente ne couvrait pas leur déficit fonctionnel permanent.

De surcroît, l'interprétation retenue par la Cour de cassation depuis 2009 s'écartait sensiblement de celle prévalant chez les juges constitutionnel, administratif et européen, ainsi que chez une part importante de la doctrine.

- Le Conseil constitutionnel, saisi par la Cour de cassation elle-même d'une question prioritaire de constitutionnalité concernant notamment la prise en charge de l'aménagement du domicile d'un assuré, avait certes déclaré les articles L. 451-1 et L. 452-1 à L. 452-5 du code de la sécurité sociale, précités, conformes aux droits et libertés que la Constitution garantit. Mais il avait aussi :

- expressément indiqué que l'indemnité est « destinée à compenser la perte de salaire résultant de l'incapacité » ;

- formulé une réserve d'interprétation suivant laquelle « en présence d'une faute inexcusable de l'employeur, [ce]s dispositions [...] ne sauraient, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce qu'elles puissent devant les juridictions [de sécurité sociale], demander à l'employeur réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale », relatif aux prestations de la branche AT-MP, ce qui implique que toutes les souffrances fonctionnelles ne sont pas incluses dans la rente ⁽¹⁾.

- Le Conseil d'État jugeait de manière constante que « la rente d'accident du travail doit être regardée comme ayant pour objet exclusif de réparer, sur une base forfaitaire, les préjudices subis par la victime dans sa vie professionnelle en conséquence de l'accident, c'est-à-dire ses pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, et que dès lors le recours exercé par une caisse de sécurité sociale au titre d'une telle rente ne saurait s'exercer que sur ces deux postes de préjudice et non sur un poste de préjudice personnel » ⁽²⁾.

Au sujet d'une affaire de 2013, le rapporteur public soulignait que :

- les paramètres de calcul de la rente confirment son caractère professionnel, car son montant est le produit d'un salaire et d'un taux d'incapacité qui mesure l'atteinte totale ou partielle à la force de travail ;

(1) CC, décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010, Époux L.

(2) CE, 4^{ème} et 5^{ème} SSR, 5 mars 2008, n° 272447, pub. au Recueil ; CE, 4^{ème} et 5^{ème} SSR, 25 juin 2008, n° 286910 ; CE, 6^{ème} et 1^{ère} SSR, 14 novembre 2014, n° 357999 ; CE, 5^{ème} ch., 18 octobre 2017, n° 404065, pub. au Recueil.

– pour la FIE et la majoration, il est difficile de considérer qu’un préjudice personnel comme le déficit fonctionnel permanent est réputé indemnisé par la rente, alors qu’un préjudice pourtant professionnel comme la perte ou la diminution des possibilités de promotion ne l’est pas ;

– « *cet état du droit [...] résulte d’un choix historique du législateur dans le cadre d’un équilibre général du régime qui peut conduire à servir une rente trop généreuse ou, au contraire, insuffisante [mais qu’il] n’a pas entendu remettre en cause à ce jour ; son silence ne nous paraît pas pouvoir être interprété comme la reconnaissance du caractère hybride de la rente* » ⁽¹⁾.

• En outre, la Cour européenne des droits de l’Homme a estimé qu’« *en contrepartie de la responsabilité sans faute de l’employeur, l’indemnité [qu’il s’agisse d’une rente ou d’une indemnité en capital] versée au salarié est forfaitaire et ne couvre pas les préjudices dits extrapatrimoniaux* » ⁽²⁾.

• Enfin, la jurisprudence de la Cour de cassation n’était pas en ligne avec la majorité de la doctrine. Aussi a-t-on tôt pu lire que « *les rentes allouées en cas d’accident ne sont autre chose qu’un salaire réduit* » ⁽³⁾ et plus récemment que « *considérer que [la rente] répare le déficit fonctionnel permanent ou les souffrances physiques et morales a pour effet mécanique de considérer que la souffrance d’un homme vaut plus ou moins en fonction de son salaire* » ⁽⁴⁾.

3. Une harmonisation bienvenue sur le plan contentieux, mais qui invite le législateur à sécuriser la base de la dualité de la rente

En 2023, l’assemblée plénière de la Cour de cassation, sa formation de jugement la plus solennelle, a clarifié ce débat en revenant sur sa jurisprudence à la faveur de deux cas d’espèce concernant des décès provoqués par l’inhalation d’amiante ⁽⁵⁾. La Cour juge désormais que **la rente attribuée en cas d’incapacité permanente vise uniquement à réparer les préjudices subis par la victime dans sa vie professionnelle**, soit ses pertes de gains et d’espérances de gains, non le déficit fonctionnel permanent, soit les souffrances qu’elle éprouve *par la suite* dans sa vie personnelle.

Ce changement implique une absence de prise en charge du déficit fonctionnel permanent par la sécurité sociale, donc une prise en charge distincte par le seul employeur s’il reconnaît une FIE, sans, par construction, besoin pour l’assuré de prouver que la rente n’a pas couvert ses souffrances ultérieures à la consolidation.

(1) CE, sect., 8 mars 2013, avis n° 361273, pub. au Recueil, concl. M. Alexandre Lallet.

(2) CEDH, 5^{ème} sect., 12 janvier 2017, n° 74734/14, Mme Laure Saumier contre France.

(3) M. Adrien Sachet, conseiller à la Cour de cassation, et M^e François-Joseph Casteil, « *Les accidents du travail et maladies professionnelles* », in Recueil Sirey, 1934.

(4) Pr Dominique Asquinazi-Bailleux, « *Incidence de la réparation allouée par le juge civil du fait de la faute d’un tiers dans l’accident du travail* », in La semaine juridique – social (n° 5), 8 février 2022.

(5) Cour de cassation, Ass. plén., 20 janvier 2023, pourvois n°s 20-23-673 (annulation partielle de l’arrêt d’appel et renvoi du surplus) et 21-23.947 (rejet du pourvoi de l’agent judiciaire de l’État).

La doctrine avait pu voir dans cet « alignement sur la position historique du Conseil d'État » la « fin d'une jurisprudence contra legem en cas de faute inexcusable de l'employeur »⁽¹⁾.

Dans son commentaire de l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, M. François Ruffin, rapporteur, notait que « ce revirement a[vait] suscité un grand espoir chez les associations de victimes d'AT-MP, qui dénoncent depuis de nombreuses années le défaut d'indemnisation du déficit personnel »⁽²⁾.

Il est vrai qu'automatiquement les majorations octroyées par le juge en cas de FIE voyaient leur assiette croître si le déficit fonctionnel permanent n'était plus couvert par la rente.

Quatre mois après le revirement de la Cour de cassation, les organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeurs avaient signé à l'unanimité l'accord national interprofessionnel (ANI) du 15 mai 2023, s'accordant sur la nécessité de pérenniser l'ancien mécanisme de réparation et appelant le législateur à « prendre toutes les mesures nécessaires afin que la nature duale de la rente AT-MP ne soit pas remise en cause ».

Tel était l'objet de l'article 39 du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui réaffirmait que la rente couvre un préjudice à la fois professionnel et personnel, mais :

– prévoyait de calculer la part afférente au premier avec pour référence un salaire annuel modulé selon divers plafonds, ne correspondant pas à la totalité du salaire annuel effectif ou du SMIC ;

– renvoyait de nombreux paramètres au pouvoir réglementaire ;

– atténuait la responsabilité de l'employeur en cas de faute grave, non tant au regard des nouveaux arrêts de la Cour de cassation qui l'étendaient beaucoup, mais à celui de l'équilibre historique précédemment exposé, l'étude d'impact assumant qu'il s'agissait de « limiter le risque économique pour les entreprises, en cas de FIE [...] en s'assurant de la soutenabilité financière de la branche AT-MP »⁽³⁾ ;

– limitait la réparation des souffrances physiques et morales de la victime à celles endurées avant sa consolidation médicale.

Dans une publication destinée aux membres du Parlement, la Fédération nationale des accidentés de la vie et des handicapés (Fnath) évoquait une « avancée

(1) Pr Dominique Asquinazi-Bailleur, « Un revirement de jurisprudence salutaire : la rente AT-MP ne répare plus le déficit fonctionnel permanent », in La lettre juridique de Lexbase (n° 933), 2 février 2023.

(2) Tome II du rapport n° 1785 de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2023.

(3) Ibid.

sociale du pouvoir judiciaire [qui] ne doit pas être censurée ou même minorée [mais] confirmée » et estimait que « *l’ANI de mai 2013 veut [la] briser ou réduire significativement pour protéger les finances des employeurs* » ⁽¹⁾.

Plus modéré dans sa critique, le rapporteur pense néanmoins utile de citer à nouveau les développements de son prédécesseur :

– « *une telle mesure, qui déresponsabilise clairement les employeurs et en particulier, ceux qui se rendent coupables de fautes graves, pourrait encourager la fraude au code du travail* » ;

– « *la référence à la consolidation est totalement inadaptée dans un grand nombre de cas [et] particulièrement préjudiciable aux retraités, le plus souvent concernés par la déclaration de maladies tardives ; en effet [...] certains tableaux prévoient des délais de prise en charge de vingt à quarante ans* » ;

– « *contrairement aux organisations professionnelles d’employeurs qui se sont montrées “pleinement satisfaites” à l’occasion des auditions, les organisations syndicales de salariés ont exprimé leur déception, se sentant “trahies” par la mesure, qui ne traduit pas l’esprit de l’ANI, [...] ainsi que leur surprise de ne pas avoir été associées aux travaux préparatoires* ».

L’article 39 avait été supprimé en première lecture, à la faveur de l’engagement par la Première ministre de la responsabilité du Gouvernement en application du troisième alinéa de l’article 49 de la Constitution sur un texte retenant treize amendements en ce sens, dont les auteurs étaient membres de plusieurs groupes.

Le Sénat avait maintenu cette suppression.

C. UNE NOUVELLE PRISE DE POSITION DES PARTENAIRES SOCIAUX

Le comité de suivi de l’ANI du 15 mai 2023 a institué un groupe de travail chargé de formuler des préconisations pour « *garantir que la nature duale de la rente ne soit pas remise en cause* » et « *améliorer la réparation des AT-MP* ».

Un relevé de décisions a été adopté le 25 juin 2024, à la quasi-unanimité car seule une organisation représentative des salariés s’est abstenue.

Il insiste dans son préambule sur le « *niveau de rente jugé insuffisant selon les situations au regard des préjudices subis par les victimes d’AT-MP, avec un risque de bascule dans la précarité* » et estime que « *le rétablissement du caractère dual de la rente ne peut consister simplement à affirmer qu’elle indemnise également le déficit fonctionnel permanent, comme c’était le cas antérieurement [au revirement de] jurisprudence* », mais qu’il « *doit s’exprimer au travers de modalités d’indemnisations spécifiques du DFP, décorrélées [...] du salaire de la victime* ».

(1) FNATH, Livre blanc – Parce qu’une victime d’accident de travail ou maladie professionnelle doit être indemnisée comme les autres victimes, 26 septembre 2023.

Le relevé suggère :

– que les actuelles notions d’IP et de taux d’IP deviennent celles d’IP professionnelle et de taux d’IP professionnelle, mais restent liées au salaire de la victime, pensant que cette reprise *« démontre la continuité du principe de réparation forfaitaire tel qu’issu du compromis social et historique fondant la branche AT-MP »* ;

– qu’une notion d’IP fonctionnelle soit créée, définie comme dans la nomenclature dite Dintilhac, avec un taux d’IP fonctionnelle et une réparation calculés grâce aux barèmes dits du concours médical et Mornet.

Les signataires du relevé proposent que, *« si le principe est un versement en rente, une sortie partielle en capital du DFP est possible pour des taux d’incapacité fonctionnelle élevés »*, pour que la victime *« finance rapidement les coûts liés à l’aménagement de son domicile ou d’autres dépenses ponctuelles entraînant des surcoûts justifiés et documentés par un accompagnement social »*.

Trois outils communs à l'autorité judiciaire et aux professionnels de santé

● La **nomenclature dite Dintilhac**, du nom du rapport remis en 2005 par M. Jean-Pierre Dintilhac, président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, est une classification des **préjudices corporels** :

- patrimoniaux et temporaires (soins avant la consolidation, etc.) ;
- patrimoniaux et permanents (adaptation du véhicule, etc.) ;
- extrapatrimoniaux et temporaires (souffrances endurées, etc.) ;
- extrapatrimoniaux et permanents (préjudice esthétique, etc.) ;
- extrapatrimoniaux et évolutifs (pathologiques échappant à la consolidation, etc.).

Sans force obligatoire autre que coutumière, elle sert à l'évaluation de la réparation des infractions causant des dommages physiques, y compris hors de la branche AT-MP.

● Le **barème dit du concours médical**, qui a connu six éditions de 1959 à 2001 et dont l'intitulé reprend celui d'une revue mensuelle créée en 1879, est la principale mais non la seule référence pour l'évaluation de la **diminution d'aptitude** d'une victime de lésions dans quatorze domaines : neurologie, psychiatrie, ophtalmologie, stomatologie, otorhino-laryngologie (ORL), atteintes à l'appareil locomoteur, respiratoire ou cardiovasculaire, endocrinologie ou autres problèmes métaboliques, néphrologie et urologie, problèmes de procréation ou de sexualité et séquelles cutanées des brûlures graves.

Son avant-propos indique que *« les taux d'incapacité ne sont qu'indicatifs, et d'ailleurs le plus souvent exprimés sous forme de fourchettes ou de maxima afin de conférer aux experts une certaine souplesse [...] et aux juges la plus large liberté d'appréciation possible dans l'estimation pécuniaire du dommage »*. Les évaluations vont de 2 % pour la perte d'une phalange à 95 % pour la tétraplégie.

● Le **référentiel dit Mornet** est dû à M. Benoît Mornet, conseiller à la Cour de cassation qui publie chaque année depuis 2020 un guide pour l'**indemnisation pécuniaire** des accidents corporels, commentant des décisions juridictionnelles faisant précédent et s'appuyant sur *La Gazette du Palais*, revue hebdomadaire fondée en 1897.

Ce référentiel a pris la suite de celui qu'édictait depuis 2013 la Conférence nationale des premiers présidents de cours d'appel. Il présente l'avantage de partager le plan de la nomenclature dite Dintilhac et d'aborder l'ensemble des payeurs potentiels :

- les régimes de sécurité sociale ;
- les organismes de protection santé complémentaire ;
- les employeurs ;
- les sociétés d'assurance ;
- les structures comme l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) et les fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ou des assurances obligatoires de dommages (FGAO).

S'il concerne tout le traitement amiable ou contentieux de la responsabilité, il comprend des développements expressément consacrés aux AT-MP, en distinguant les cas où un tiers est impliqué et ceux où, lorsqu'il s'agit de l'employeur, il est ou non fautif.

Sources : ministère de la santé et de l'accès aux soins ; Conseil national des barreaux.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

D'une part, l'article 24 explicite l'existence d'une couverture forfaitaire du préjudice fonctionnel pour les victimes d'incapacité permanente, aux côtés de l'indemnisation de la perte économique. D'autre part, il revalorise l'indemnisation de cette part fonctionnelle (A). Il adapte les majorations mises à la charge de l'employeur, surtout fautif (B). Par ailleurs, une commission des garanties est créée (C). Le coût de la mesure se manifestera en 2026 (D).

A. LA DOUBLE RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE

Le I de l'article 24 comprend l'essentiel de la réforme sur la nature duale des indemnisations de la branche AT-MP et modifie des dispositions codifiées.

- Son 1° crée, au début de la première section du chapitre IV du titre III du livre IV du code de la sécurité sociale, un article L. 434-1 A prévoyant expressément que la victime d'un AT-MP dont l'incapacité est permanente perçoit une « indemnisation [...] au titre son **incapacité permanente professionnelle** ainsi que [...] au titre de son **incapacité permanente fonctionnelle** ».

Il renvoie à un arrêté la détermination des barèmes indicatifs sur la base desquels le **taux de chacun de ces deux postes d'IP** est retenu, d'après « *la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge et les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que ses aptitudes et sa qualification professionnelle* » pour la part professionnelle et d'après les « *atteintes* » à son intégrité physique et psychique « *persistant au moment de la consolidation* » pour le déficit fonctionnel permanent.

Les paramètres indiqués pour l'IP professionnelle sont ceux figurant en l'état du droit au premier alinéa de l'article L. 434-2 du même code pour définir l'IP. Un arrêté préciserait les conditions dans lesquelles un coefficient socio-professionnel peut être appliqué pour majorer le taux d'IP professionnelle.

Pour le déficit fonctionnel permanent, le barème serait nécessairement nouveau.

- Le 2° modifie l'article L. 434-1 dudit code sur l'**indemnité en capital**.

En effet, une nouveauté par rapport à l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 est que la dualité de la réparation ne concerne pas seulement les rentes.

Son a) prévoit que c'est l'infériorité à un taux d'IP professionnelle qui déclenche son versement à la victime, alors qu'il est jusqu'à présent fait référence à son taux d'IP – le seuil réglementaire de 10 % n'étant pas appelé à changer –, puis indique qu'elle est constituée de deux parts.

En conservant pour chaque volet les principes d'une revalorisation annuelle et éventuelle si l'IP augmente, les **b)** et **c)** disposent que l'indemnité en capital comprend :

– une **part professionnelle**, soit l'indemnité actuelle, qui couvre la perte de gains et l'incidence professionnelle en appliquant au taux d'IP professionnelle un barème (celui de l'article D. 434-1 du code de la sécurité sociale), cette somme étant due même si la date de consolidation intervient alors que la victime bénéficie déjà d'une pension de retraite ;

– et une **part fonctionnelle**, ouvrant droit à un montant forfaitaire déterminé en croisant le taux d'IP fonctionnelle et une grille dont l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale précise qu'elle s'appuiera sur le référentiel dit Mornet.

• Le **3°** modifie l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, afférent à la **rente viagère** servie aux victimes dont l'IP actuellement, puis avec la réforme l'IP professionnelle, est supérieure ou égale au taux susmentionné.

Le **a** supprime le premier alinéa, déplacé dans l'article créé par le **1°**.

Le **b** effectue une coordination. Il prévoit que, comme pour l'indemnité, c'est l'infériorité à un taux d'IP professionnelle, non d'IP, qui entraîne le paiement de la rente, puis introduit sa décomposition en deux parts.

Le **c** indique que la rente additionne :

– une **part professionnelle**, dont les paramètres seraient identiques à ceux du droit existant, à savoir l'imputation du taux d'IP professionnelle utile, le cas échéant « *réduit ou augmenté en fonction de la gravité des lésions et de l'incidence professionnelle* », au salaire utile, cette somme étant due même si la date de consolidation intervient alors que la victime est retraitée ;

– une **part fonctionnelle**, égale au nombre de points d'IP fonctionnelle imputé à un « *pourcentage d'une valeur de point fixée par un référentiel prenant en compte l'âge de la victime* », ces deux items étant déterminés par un arrêté (le pourcentage serait de 50 % d'après les informations communiquées par la direction de la sécurité sociale et l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale précise que le référentiel dit Mornet sera retenu).

Si l'IP fonctionnelle dépasse un taux minimum fixé par arrêté (50 % d'après la même annexe), la part fonctionnelle peut être « *partiellement versée en capital* » (20 % dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale d'après ladite annexe), auquel cas son montant est déduit du reliquat.

La disposition n'est pas contraignante sur le rythme de versement de la seconde part, de sorte qu'elle peut être proprement viagère ou attribuée pendant un nombre déterminé d'annuités (rente dite certaine).

Le **d** fait une coordination et prévoit que c'est l'IP professionnelle qui octroie une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTC).

Le **e** effectue quatre coordinations, dont deux de forme et deux tenant au cas particulier des accidents successifs, de sorte que le cumul des taux et des montants soit celui de l'IP professionnelle et de la part professionnelle de la rente.

Le **f** fait une coordination de forme et substitue à une occurrence du mot « *invalidité* » le mot « *incapacité* », sans effet autre qu'une mise en cohérence avec l'objet du livre IV du code de la sécurité sociale, qui concerne bien cette dernière notion, non la première qui relève de la branche maladie.

- Le 4° modifie le premier alinéa de l'article L. 434-15 du même code dans le même sens que le **b** du 3° et rappelle que le taux d'IP professionnelle, au lieu du taux d'IP, peut s'il dépasse un minimum faire bénéficier d'une rente calculée d'après le salaire annuel.

- Le 5° effectue une coordination liée au **e** du 3°.

- Enfin, le 6° complète l'article L. 434-17 dudit code pour préciser que la part de la rente convertie en capital est exclue de la revalorisation au 1^{er} avril de chaque année suivant l'inflation.

B. LES COMPLÉMENTS AUX DÉPENS DE L'EMPLOYEUR

La nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation impliquait que l'employeur, fautif ou non, supportât seul la charge financière du déficit fonctionnel permanent, la rente de la branche AT-MP étant limitée au préjudice professionnel. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit donc qu'en tout état de cause cette charge soit au moins en partie prise en compte dans l'indemnité ou la rente, sans exclure un effort supplémentaire de l'employeur.

- Le 7° du **I** de l'article 24 adapte, au troisième alinéa de l'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale, les majorations pour FIE.

Le **a** indique que la majoration touche aussi bien la part professionnelle que la part fonctionnelle de la rente.

Les **b** et **c** prévoient que, pour la part professionnelle, les règles de majoration se calquent sur l'existant : son montant est le multiple du salaire annuel réel de la victime par son taux d'IP professionnelle réel.

Le **d** complète l'alinéa pour disposer que « *le montant de la majoration de la part fonctionnelle est fixé de telle sorte que la part fonctionnelle [...] ne puisse excéder le montant total du nombre de points d'incapacité fonctionnelle multiplié par la valeur du point fixé par le référentiel* » dont la création est prévue par le **c** du 3°.

Il s'agirait d'un forfait tiré là encore du référentiel dit Mornet.

• Le 8° modifie la première phrase du premier alinéa de l'article L. 452-3 du même code pour réaffirmer que peut être sollicitée auprès du juge la réparation complémentaire, par l'employeur, de « *l'ensemble des préjudices n'ayant pas fait l'objet d'une réparation forfaitaire* » par la sécurité sociale (**a**) et pour préciser qu'une telle demande ne pourra concerner, pour les souffrances physiques et morales, que celles « *endurées avant la date de consolidation* » de la victime (**b**), ce qui est cohérent puisque les préjudices personnels ultérieurs sont intégrés dans la part de la rente ou de l'indemnité liée au déficit fonctionnel permanent.

**RÉCAPITULATION DES PARAMÈTRES D'INDEMNISATION
DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE AVANT ET APRÈS L'ARTICLE 24 DU PLFSS**

Alinéas du I	Droit existant	Dispositif proposé
<i>Réparation de droit commun</i>		
Indemnité en capital (2°)	IP inférieure à 10 % Barème forfaitaire (revalorisé chaque année) Si hausse de l'IP : revalorisation	IP pro. inférieure à 10 % Part professionnelle Barème forfaitaire (revalorisé chaque année) Part fonctionnelle Taux d'IP fonctionnelle x référentiel dit Mornet
Rente viagère (3° à 6°)	IP égale ou supérieure à 10 % Taux d'IP utile x salaire annuel utile	IP pro. égale ou supérieure à 10 % Part professionnelle Taux d'IP pro. utile x salaire annuel utile Part fonctionnelle Taux d'IP fonctionnelle x 50 % du référentiel dit Mornet (sortie en capital possible)
<i>Réparation après intervention du juge</i>		
Majoration pour FIE (7°)	Taux d'IP professionnelle réel x salaire annuel réel Plusieurs règles de plafonnement	Part professionnelle majorée Taux d'IP professionnelle réel x salaire annuel réel Part fonctionnelle majorée Taux d'IP fonctionnelle x référentiel dit Mornet
Réparation complémentaire par l'employeur (8°)	Souffrances physiques et morales	Souffrances physiques et morales endurées avant la consolidation

Source : commission des affaires sociales d'après l'article 24 et l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

C. UNE NOUVELLE COMMISSION

Ainsi que le prévoyait l'ANI du 15 mai 2023, le **II** de l'article 24 crée, au sein de la commission de la Caisse nationale de l'assurance maladie chargée des AT-MP, une commission des garanties, laquelle sera consultée sur les textes d'application de la réforme et suivra sa mise en œuvre pendant quatre ans après son entrée en vigueur, soit jusqu'en 2030.

Les organisations signataires du relevé de conclusions du 25 juin 2024 ont souhaité qu'elle travaille à « *éviter les disparités de traitement* », sans se substituer aux deux commissions de recours amiable existantes.

D. L'INCIDENCE FINANCIÈRE

Étant donné que le **III** de l'article 24 renvoie à un décret le soin de fixer la date de son entrée en vigueur « *au plus tard le 1^{er} janvier 2026* » et précise qu'il ne s'appliquera qu'aux victimes dont l'état est consolidé à compter de cette date, c'est au second semestre de 2026 que la refonte de l'indemnisation professionnelle et fonctionnelle aura un effet sur les comptes de la branche AT-MP.

Au soutien de cette application différée, le Gouvernement indique qu'une large refonte du système d'information des caisses concernées, une formation des médecins-conseil, la préparation de coordinations réglementaires (montant des indemnités servies par exception sous forme de capital, barèmes divers, etc.) et la concertation à leur propos sont nécessaires.

La mesure augmentera tant les dépenses que les recettes, les secondes ne compensant toutefois pas les premières.

Pour les indemnités, la montée en charge est immédiate.

Pour les rentes, a été estimé un total théorique, avec une charge actuarielle de 400 millions d'euros de nouveaux versements sur la durée de vie des assurés selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

S'agissant des recettes, l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale rappelle que :

– jusqu'en 2023, « *dans le cadre de leur recours quand un accident implique un tiers responsable, les organismes de sécurité sociale pouvaient [...] demander au tiers responsable ou à son assureur le remboursement de la rente au titre* » des préjudices professionnel et personnel, mais que « *le caractère purement économique de la rente tel qu'interprété par la Cour de cassation les empêche dorénavant de solliciter le remboursement de la part [...] qui correspondait jusque-là au DFP* », ce que l'article 24 permettra de nouveau ;

– « le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) pouvait déduire de sa propre rente indemnisant le préjudice fonctionnel la rente AT-MP ; [or] ce n'est plus possible, pour un coût annuel estimé à 45 millions d'euros », qui avec l'article 24 ne sera plus mis à la charge de la branche AT-MP, finançant le FIVA à hauteur d'environ 80 % (cf. le commentaire de l'article 25).

Les données du tableau ci-après concernent le régime général et celui des salariés agricoles pour les dépenses, mais seulement le premier pour les recettes.

INCIDENCE FINANCIÈRE DE L'ARTICLE 24 DU PLFSS DE 2025 À 2028 (P)

(en millions d'euros)

	2025	2026	2027	2028
Dépenses		+ 51,3	+ 108,9	+ 125,9
Régime général		+ 48	+ 102	+ 118
<i>indemnités</i>		+ 32	+ 54	+ 54
<i>rentes</i>		+ 16	+ 48	+ 64
Régime des salariés agricoles	<i>s. o.</i>	+ 3,3	+ 6,9	+ 7,9
<i>indemnités</i>		+ 2,3	+ 3,9	+ 3,9
<i>rentes</i>		+ 1	+ 3	+ 4
Recettes – régime général		+ 30	+ 60	+ 60
Coût net – régime général		+ 21,3	+ 48,9	+ 65,9

Note : en 2026, n'est concerné que le second semestre.

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 à 2028.

*

* *

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

Article 25

Dotations des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, de la branche autonomie aux agences régionales de santé, de la branche maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Cet article fixe, pour 2025, le montant respectif :

- de la participation des branches maladie des régimes obligatoires de base (Robss) et autonomie du régime général au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), respectivement à 633 millions d'euros et 86 millions d'euros ;
- de la contribution de la branche autonomie du régime général aux financements de certaines actions des agences régionales de santé (ARS), à 190 millions d'euros ;
- de la dotation de la branche maladie des Robss à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, à 181,2 millions d'euros ;
- des dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), respectivement à 465 millions d'euros et 453 millions d'euros ;
- du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, à 1,6 milliard d'euros ;
- des dépenses engendrées par deux dispositifs liés à la pénibilité, respectivement à 220,7 millions d'euros et 9,7 millions.

L'article 25, dans sa version déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale, comprend un I, un II, un III, un V, un VI, un VII et un VIII, mais pas de IV. Il s'agira de rectifier cette erreur de structuration au cours de la navette.

I. LA PARTICIPATION DES BRANCHES MALADIE ET AUTONOMIE AU FINANCEMENT DU FMIS

• Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), dont la gestion est confiée à la **Caisse des dépôts et consignations**, a été créé le **1^{er} janvier 2021**, par transformation du fonds pour la modernisation des **établissements de santé publics et privés (FMESPP)**. Son périmètre a alors été étendu aux **établissements médico-sociaux** et aux **structures d'exercice coordonné en ville**.

Dépourvu de personnalité juridique, ce fonds est alimenté en cours d'année via des délégations de crédits opérées par circulaire ministérielle.

Il contribue au financement des **dépenses d'investissement des établissements de santé** et de leurs groupements, ainsi qu'aux **investissements numériques pour les secteurs sanitaire et médico-social**. Il prend également en charge les financements pour l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (**Atih**) et pour l'Agence du numérique en santé (**ANS**).

• La transformation du FMESPP en FMIS a accompagné la forte augmentation de la dotation de ce fonds, sous l'effet du Ségur de la santé. En effet, **le volet « investissement » du Ségur**, qui s'étale sur plusieurs années, transite en grande partie par le FMIS, lequel délègue ensuite les crédits aux agences régionales de santé (ARS) qui assurent la gestion des projets d'investissement. Trois priorités ont été assignées à ces dotations : les **projets d'investissement prioritaires** des établissements de santé, leurs **investissements du quotidien**, ainsi que le rattrapage du **numérique en santé** et dans le médico-social.

Outre les dotations du Ségur, transitent également par le FMIS **des dotations d'investissement qui préexistaient**, et financent notamment, en 2024, les aides à la création de maisons de santé pluridisciplinaires, à la création de six nouvelles facultés d'odontologie ou encore certains investissements des services d'aide médicale urgente (Samu). Le FMIS accompagne également la numérisation de l'anatomocytopathologie dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

Le tableau ci-après rend compte de l'évolution de la dotation du FMIS, issue **à titre principal de la branche maladie** (investissements dans les établissements sanitaires et structures d'exercice coordonné) et **à titre plus résiduel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**, pour les investissements numériques dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Après une phase de montée en puissance, on observe une réduction progressive des dotations issues du Ségur.

ÉVOLUTION DES DOTATIONS DU FMIS

(en millions d'euros)

	2021	2022	2023	2024	2025
Dotation branche maladie	1 032	1 035	1 062	894	633
Dotation branche autonomie	100	90	87	90	86
Dotation globale	1 132	1 125	1 149	984	719

Sources : lois de financement de la sécurité sociale.

• Dans le secteur médico-social, le FMIS finance à titre principal le **programme « ESMS numérique »** qui vise à généraliser l'utilisation du numérique dans ces établissements, *via* le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée et l'accélération de la mise en conformité des logiciels métier. Ce programme est financé à hauteur de 600 millions d'euros sur la période 2021-2025, dont 423 millions d'euros issus du Ségur de la santé. Il est actuellement en phase de généralisation, ce qui doit permettre d'en faire bénéficier un peu plus de 36 000 établissements.

II. LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AUTONOMIE AUX ARS

La CNSA contribue à **certaines actions du fonds d'intervention régional (FIR)**, afin de soutenir des initiatives et expérimentations des établissements et services qui ont été validées par les ARS. Cette contribution prend la forme d'une dotation versée chaque année au FIR par la branche autonomie.

Elle soutient notamment le développement des **dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes** (DAC), créés par la loi dite « OTSS » du 14 juillet 2019 ⁽¹⁾, et qui rassemblent l'ensemble des dispositifs de coordination préexistants (notamment les Maia), dans une optique de simplification et de meilleure structuration du parcours des personnes. La CNSA encourage le déploiement des DAC et soutient financièrement leur fonctionnement, à hauteur de **97 millions d'euros** en 2023 ⁽²⁾.

La CNSA appuie aussi le développement **des groupes d'entraide mutuelle** (GEM), organisés sous forme associative et constitués de personnes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires, qui les mettent en situation de vulnérabilité et de fragilité. Ces groupes poursuivent un objectif de meilleure intégration. On dénombrait plus de 690 GEM au début de l'année 2024, qui ont bénéficié d'un soutien financier de la CNSA à hauteur de **76 millions d'euros** en 2023.

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(2) Voir l'annexe 7 du présent projet de loi de financement : « Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie ».

Enfin, la CNSA contribue au **développement de l’habitat inclusif**, comme alternative à l’hébergement permanent en institution (5 millions d’euros en 2023), ainsi qu’à d’autres dispositifs et projets comme le financement des **centres régionaux d’études, d’actions et d’informations (Creai)** ou encore, dans le champ du handicap, le déploiement du **système d’information de suivi des orientations**.

Après plusieurs années d’augmentation, il est prévu que la dotation de la branche autonomie au FIR soit **stabilisée à 190 millions d’euros** pour 2025.

ÉVOLUTION DE LA CONTRIBUTION DE LA CNSA AU FIR

(en millions d’euros)

2021	2022	2023	2024	2025
141,44	168,3	178,4	190	190

Source : lois de financement de la sécurité sociale.

III. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L’ONIAM

• Créé par la loi du 4 mars 2002 ⁽¹⁾, l’*Office national d’indemnisation des accidents médicaux*, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) est un établissement public administratif de l’État qui **indemnise**, au titre de la solidarité nationale, **les victimes d’accidents médicaux, de dommages imputables à une activité de recherche biomédicale, d’affection iatrogène ou d’infection nosocomiale**.

En 2024 et 2025, l’Oniam dispose à cette fin d’un plafond d’emploi de **121 équivalents temps plein (ETP)**. Les missions de l’Oniam sont financées **par l’assurance maladie**, par l’État ainsi que par **des recettes propres** :

– la **dotation de l’assurance maladie** finance l’indemnisation des accidents médicaux, des contaminations par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH), les hépatites B et C (VHB et VHC) et le virus T-lymphotropique humain (HTLV) ;

– la **dotation de l’État** (mission *Santé* du projet de loi de finances) finance l’indemnisation des accidents médicaux résultant de la vaccination obligatoire et des dommages consécutifs à des mesures sanitaires d’urgence, les dépenses de fonctionnement du dispositif d’indemnisation des victimes du benfluorex (Mediator[®]) ainsi que les dépenses de fonctionnement et d’indemnisation liées à la prise de valproate de sodium (Dépakine[®]).

Les montants de la dotation allouée par les régimes obligatoires d’assurance maladie peuvent varier d’une année sur l’autre en fonction des réserves de l’Oniam. La dotation de la branche maladie avait ainsi été augmentée de 5 millions d’euros pour atteindre 135 millions d’euros pour 2022, en raison de l’anticipation d’une plus forte occurrence des infections nosocomiales en lien avec la hausse de la fréquentation des hôpitaux due à la crise sanitaire. Elle avait ensuite été maintenue au même niveau en 2023.

(1) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Pour 2024, cette dotation avait été augmentée de plus de 25 millions d’euros, atteignant 160,2 millions d’euros. Elle avait été calculée en fonction de la prévision de dépenses pour 2023, notamment au regard d’une stabilisation du nombre de nouvelles demandes et d’une augmentation des dépenses d’indemnisation. Cette même année, la dotation de l’État s’est élevée à 30,7 millions d’euros, tandis que l’Oniam a dégagé des ressources propres à hauteur de 37 millions d’euros (recouvrements de créances).

Pour 2025, la dotation de l’assurance maladie sera portée à **181,2 millions d’euros**. L’exposé des motifs indique que ce montant « a été calculé en fonction de la prévision de dépenses pour 2024 ». L’annexe 2 du présent projet de loi ⁽¹⁾ indique en effet que le résultat de l’Oniam sera négatif en 2024, à hauteur de 28,8 millions d’euros. En l’absence de capacité d’autofinancement, l’équilibre des comptes de l’Oniam repose maintenant intégralement sur les dotations votées en lois de finances et de financement de la sécurité sociale, sous réserve des recouvrements de créances, estimés à 18 millions d’euros pour l’an prochain.

ÉVOLUTION DE LA DOTATION DE L’ASSURANCE MALADIE À L’ONIAM

(en millions d’euros)

2021	2022	2023	2024	2025
130	135	135	160,2	181,23

Source : lois de financement de la sécurité sociale.

IV. LES DOTATIONS AUX FONDS D’INDEMNISATION ET DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE L’AMIANTE

Les **V** et **VI** de l’article 25 déterminent les montants des dotations aux fonds destinés à l’indemnisation et à la prise en charge des victimes de l’amiante.

A. LE FONDS D’INDEMNISATION DES VICTIMES DE L’AMIANTE

Établissement public national à caractère administratif (EPA) institué par l’article 53 de la LFSS 2001 et dont les comptes sont distincts de ceux de la Caisse nationale de l’assurance maladie (Cnam), le Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (Fiva) assure la réparation intégrale des préjudices patrimoniaux (pertes de gains, frais de soins, etc.) et extrapatrimoniaux (incapacité fonctionnelle, etc.) des victimes de l’amiante et de leurs ayants droit, que les pathologies y afférentes aient été contractées dans le cadre professionnel ou non.

(1) « Les comptes du FSV, de la Cades, du FRR et des organismes ou fonds financés par des régimes obligatoires de base », annexe 2 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Les maladies éligibles sont :

– celles qui figurent aux tableaux n^{os} 30, 30 *bis* et 30 *ter* de l'annexe II à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale ;

– le mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde, ainsi que les autres tumeurs pleurales primitives et les plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales ⁽¹⁾ ;

– toute maladie dont le lien avec une exposition à l'amiante est reconnu par le Fiva après analyse par une commission *ad hoc* ⁽²⁾.

D'après l'article 53, précité, de la LFSS 2001, le Fiva est financé par deux contributions de l'État et de la branche AT-MP du régime général, respectivement fixées par la loi de finances – *cf.* action 3 du programme 183 de la mission *Santé* du budget général – et la LFSS.

Son rapport d'activité pour 2023 précise que « *les dotations de l'État sont intégralement versées au FIVA chaque année, selon un calendrier trimestriel, après éventuelles régulations budgétaires ; les dotations de la branche AT-MP sont versées, depuis janvier 2010, selon la convention signée avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale [...], par tranche de 20 millions d'euros, suivant un échéancier prévisionnel et sur demande du Fonds ; une demande de versement est faite dès qu'il ne reste plus que 20 millions d'euros afin que le FIVA puisse toujours assurer ses paiements* ».

À ces subventions s'ajoutent le produit des actions engagées au titre de la faute inexcusable de l'employeur (FIE), celui tiré du contentieux subrogatoire et les reprises sur provisions, pour un total de 81,01 millions d'euros en 2023.

Pour le dernier exercice clos, les recettes du fonds (308,60 millions d'euros) n'ont pas couvert ses dépenses (389,45 millions d'euros) : il en est résulté un déficit de 80,70 millions d'euros – soit plus du quintuple du déficit de 2022.

(1) Article 1^{er} de l'arrêté du 5 mai 2002.

(2) Article 7 du décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 relatif au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante institué par l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

RÉSULTAT NET DU FIVA DE 2002 À 2023

(en millions d'euros)



Source : commission des affaires sociales d'après les rapports d'activité successifs du FIVA.

• L'article 107 de la LFSS 2024 avait porté à 353 millions d'euros la dotation de la sécurité sociale au Fiva, contre 220 millions d'euros de 2020 à 2023.

Cette hausse avait été motivée par la décision prise le 15 juin 2023 par le conseil d'administration du fonds de revaloriser de 10,5 % les réparations des préjudices extrapatrimoniaux pour les demandes reçues à compter du 1^{er} octobre de la même année puis ces réparations et les rentes de 4,6 % à compter du 1^{er} avril 2024, alors que le barème antérieur remontait à 2008.

Le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation avait aussi tiré les dépenses vers le haut en l'empêchant de déduire certaines sommes antérieurement satisfaites par la prise en compte du déficit fonctionnel permanent (DFP) dans la réparation servie par la branche AT-MP à la victime d'une incapacité permanente (*cf. supra* le commentaire de l'article 24 du PLFSS).

Outre ces deux effets de prix, il faut relever une hausse de 16 % du nombre de dossiers déposés (12 335 sur les huit premiers mois de l'exercice).

Ces phénomènes conduiraient à une consommation du fonds de roulement du Fiva d'ici à la fin de 2024, lequel pourrait tomber à – 6,2 millions d'euros.

• Pour 2025, le V de l'article 25 fixe à **465 millions d'euros** la dotation de la branche AT-MP au Fiva, soit 31,7 % de plus que la LFSS 2024.

D'après l'exposé des motifs, la croissance du volume des demandes devrait se poursuivre et les dépenses atteindraient 513 millions d'euros dont 442 millions d'euros au titre des indemnisations.

Les dotations de la branche AT-MP et de l'État ainsi que les produits issus de contentieux permettraient à la fois de les couvrir et de « *compenser le résultat déficitaire de 2024 en restaurant le fonds de roulement à un niveau prudentiel correspondant à un mois de dépenses d'indemnisation* ».

Le rapporteur se félicite de lire dans le projet annuel de performances (PAP) de la mission *Santé* du projet de loi de finances (PLF) pour 2025 que le Fiva a pu accélérer ses délais de traitement en 2024, présentant aux victimes une décision dans le délai de six mois pour 88 % des cas, contre 67 % en 2023, et augmenter la part des offres qu'il paie en moins de deux mois, pour 97 % des dossiers, contre 95 %.

MONTANT DES DOTATIONS AU FIVA DE 2017 À 2025 (P)

(en millions d'euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
État	7,36	7,36	7,76	7,68	7,68	7,68	7,52	7,56	8,00
Br. AT-MP	250,00	270,00	260,00	260,00	220,00	220,00	220,00	353,00	465,00
Total	257,36	277,36	267,76	267,68	227,68	227,68	227,52	360,56	473,00

Note : la dotation de l'État, affichée à 8 millions d'euros, devrait comme chaque année faire l'objet d'une mise en réserve ⁽¹⁾.
Source : commission des affaires sociales d'après le rapport d'activité du Fiva pour 2023, les annexes des projets de loi de finances (PLF) pour 2024 et 2025 et le PLFSS 2025.

B. LE FONDS DE CESSATION ANTICIPÉE DES TRAVAILLEURS DE L'AMIANTE

Sur le fondement de l'article 41 de la LFSS 1999, les salariés atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, du flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales bénéficient d'un dispositif de cessation anticipée d'activité à partir de 50 ans.

Réservée dans un premier temps aux assurés du régime général, la mesure a été étendue aux ouvriers dockers, aux personnels portuaires de manutention et aux salariés agricoles ⁽²⁾.

Ne disposant pas de la personnalité juridique et géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour le compte de la Cnam ⁽³⁾, le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) finance :

– d'abord, ce qui correspond à plus de la moitié de ses charges, l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) ;

– ensuite, pour environ un quart de ses dépenses, les cotisations d'assurance vieillesse volontaire (AVV) et de retraite complémentaire de ces assurés ;

(1) 4^o bis de l'article 51 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

(2) I de l'article 36 de la LFSS 2000 ; article 44 de la LFSS 2002 ; article 54 de la LFSS 2003.

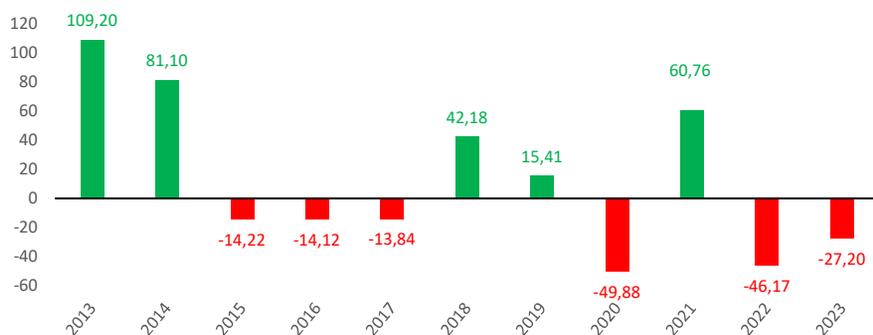
(3) Article 6 du décret n° 99-247 du 29 mars 1999.

– enfin, un transfert à la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) compensant les dépenses supplémentaires que les régimes de base assument au titre du maintien à 60 ans de l’âge d’ouverture des droits à pension les concernant.

Comme l’indique l’annexe 7 du projet de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) pour 2023, à la fin de l’année dernière et depuis la création du fonds, 110 416 personnes (dont 12 888 victimes d’une maladie professionnelle liée à l’amiante) ont pu percevoir l’Acaata.

RÉSULTAT NET DU FCAATA DE 2013 À 2023

(en millions d’euros)



Source : commission des affaires sociales d’après les rapports d’activité successifs du FCAATA.

● Le II de l’article 33 fixe à **453 millions d’euros** la dotation de la branche AT-MP du régime général au FCAATA pour 2025, soit une hausse de 27,6 % par rapport à l’année en cours.

Les exercices 2024 et 2025 seraient marqués par une hausse des dépenses :

– de nouveaux ports ont vu leurs salariés devenus éligibles ⁽¹⁾ et l’effet de cette inscription se diffuse progressivement ;

– le décalage de l’âge d’ouverture des droits par la loi de financement rectificative (LFRSS) pour 2023 a incité à anticiper certaines demandes ;

– le tableau 30 *ter* de l’annexe II à l’article R. 461-3 du code de la sécurité sociale intègre désormais les cancers du larynx et de l’ovaire ⁽²⁾.

La dotation pour 2025 financerait cette tendance et comblerait le résultat cumulé du FCAATA, déficitaire de 50 millions d’euros à la fin de 2024.

(1) Arrêtés du 27 décembre 2021 et du 29 décembre 2022.

(2) Décret n° 2023-946 du 14 octobre 2023.

RÉPARTITION DE LA DOTATION DE LA BRANCHE AT-MP AU FCAATA DE 2021 À 2025 (P)

	2021	2022	2023	2024	2025
Acaata	230	212	206	223	230
Cotisations d'AVV	49	43	42	46	47
Cotisations de retraite complémentaire	49	48	53	49	50
Compensation des départs dérogatoires	75	66	58	67	72
Charges de gestion	5	4	4	5	5
Total	408	373	364	389	404

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2024).

V. UNE FRANCHE REVALORISATION DU TRANSFERT À LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL AU TITRE DE LA SOUS-DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Il est établi qu'une part des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle, mais qui n'ont pas été déclarés comme tels, doit être supportée par la branche maladie.

L'article 11 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale ⁽¹⁾ a donc créé l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, dont les deux premiers alinéas disposent dans leur rédaction actuelle – issue de l'article 54 de la LFSS 2001, qui a étendu son périmètre des maladies aux accidents – qu'« *il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge* » par la première et que « *le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles* ».

Au cours de ses auditions, le rapporteur général a pu une nouvelle fois constater la prégnance de ces sous-déclarations ; il approuve donc le rehaussement à 1,6 milliard d'euros du transfert de compensation envisagé par le PLFSS.

- Dans le but d'éclairer le législateur financier social dans la détermination du montant du versement forfaitaire entre les deux branches concernées, revu chaque année en application du premier alinéa de l'article L. 176-2 du même code, un rapport est remis tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement par une commission indépendante, la première phrase du second alinéa du même article précisant qu'elle est « *présidée par un magistrat à la Cour des comptes* ».

Le dernier rapport a été présenté en juillet 2024.

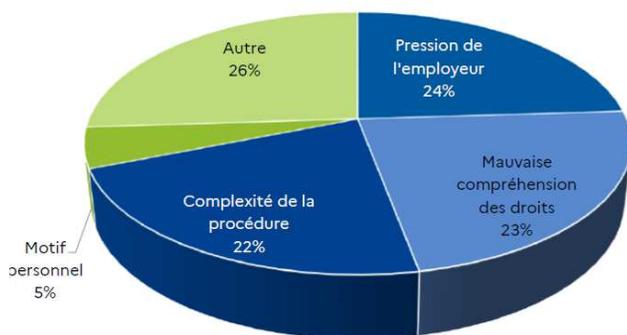
(1) *Prise sur le fondement de l'habilitation votée au 6° de l'article 1^{er} de la loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le Gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale ; ratifiée implicitement.*

Outre le chiffreage du transfert (*cf. infra*), les membres de la commission ⁽¹⁾ se sont vus ponctuellement chargés d'examiner les causes du phénomène de sous-déclaration. Ils notent en particulier que « *la formation des professionnels de santé relative aux enjeux des AT-MP [...] n'a pas fait l'objet d'orientations notables de la part des pouvoirs publics depuis 2021* » et que « *la traçabilité des risques professionnels reste perfectible, le document unique des risques professionnels ayant été partiellement mis en œuvre au sein des entreprises* » ⁽²⁾.

De telles observations corroborent les résultats d'une enquête conduite en 2023 par la Cnam quant aux causes de la non-déclaration d'un accident ou d'une pathologie comme ayant une origine liée au métier, soit dès l'origine soit du fait d'un abandon des démarches après leur engagement.

MOTIFS DE RENONCIATION À LA DÉCLARATION DES AT-MP EN 2023

(en pourcentage)



Note : la catégorie « *pression de l'employeur* » regroupe la rupture conventionnelle en échange de la renonciation, le souhait d'une reprise d'activité dans l'entreprise, la contestation du fait accidentel par l'employeur, la crainte d'un litige, la crainte de coûter cher à l'employeur, l'absence de témoignage des collègues et la proposition d'un poste aménagé ; la catégorie « *mauvaise compréhension des droits* » regroupe la mauvaise information par le médecin, le prochain départ à la retraite, la demande d'invalidité et le manque d'intérêt à poursuivre la démarche ; la catégorie « *motif personnel* » regroupe les raisons financières et la détresse psychologique.

Source : Cnam (septembre 2023).

La commission insiste aussi sur les conséquences de la sous-déclaration :

– « *les assurés dont l'accident ou la pathologie n'est pas reconnue d'origine professionnelle, pris en charge par la branche maladie, ne peuvent*

(1) Aux termes de l'article 1^{er} de l'arrêté du 14 mars 2011 et en plus de son président, la commission comprend : « 1° un médecin-conseil désigné par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; 2° un représentant désigné par le directeur général de l'Agence nationale de santé publique ; 3° un représentant désigné par le directeur de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé ; 4° un inspecteur du travail et un médecin inspecteur du travail désigné par le directeur général du travail au ministère chargé du travail ; 5° un représentant désigné par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail ; 6° le directeur du groupement d'intérêt public Eurogip ou son représentant ; 7° deux praticiens désignés par les présidents de deux sociétés savantes ; 8° deux praticiens exerçant dans un service de pathologie professionnelle désignés par la présidente de la Société française de médecine du travail ».

(2) I de l'article L. 4121-3-1 du code du travail, créé par le 4° de l'article 3 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

bénéficiaire des conditions plus favorables d'indemnisation de la branche AT-MP (prise en charge des frais de santé, indemnités journalières plus favorables, rentes viagères) ; de plus, pour les victimes d'AT-MP, la reconnaissance du caractère professionnel du préjudice, notamment l'imputation à l'entreprise, peut revêtir un caractère symbolique important, au-delà de la meilleure indemnisation » ;

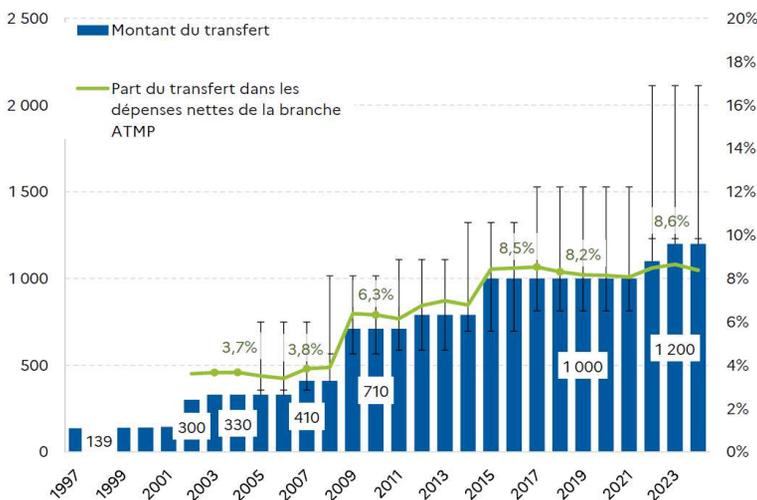
– sous certaines conditions, la reconnaissance des AT-MP se traduit par une hausse du taux de cotisation, or « *ce signal-prix adressé à l'entreprise participe au renforcement de la prise en compte de l'importance de la prévention* ».

• Pour 2024, le reversement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP est fixé à **1,6 milliard d'euros**.

Ce montant connaît une hausse d'un tiers par rapport à celui de 1,2 milliard d'euros retenu pour les deux exercices précédents, mais il prolonge une tendance ininterrompue, avec une multiplication par 11,5 en valeur depuis 1997.

ÉVOLUTION DES TRANSFERTS AU TITRE DE LA SOUS-DÉCLARATION DES AT-MP

(en millions d'euros sur l'axe de gauche ; en pourcentage sur celui de droite)



Note : les barres noires rappellent les bornes basse et haute de l'évaluation par la commission.

Source : rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (juillet 2024).

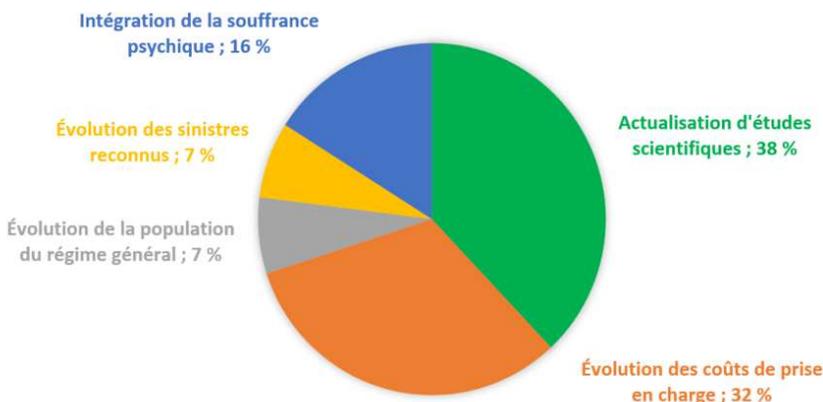
Ainsi que le souligne son dernier rapport, « *l'évaluation s'appuie sur des données épidémiologiques, qui présentent fréquemment un intervalle de confiance reflétant la marge d'erreur des études de santé ; cette plage d'incertitude sur les paramètres épidémiologiques, combinée à des choix de périmètre des pathologies prises en compte, explique que la commission présente in fine non pas un montant, mais un intervalle d'estimation* ».

En ce qui concerne les années 2025 à 2027, la commission évalue le coût de la sous-déclaration entre 2,009 et 3,797 milliards d'euros, alors que les bornes étaient de 0,813 milliard d'euros à 1,528 milliard d'euros puis de 1,230 milliard d'euros à 2,112 milliards d'euros dans les rapports de 2017 et de 2021 – une période dérogatoire de quatre ans avait été choisie à raison de la crise causée par l'épidémie de covid-19.

À côté de paramètres financiers et démographiques habituels, la progression du plancher à hauteur de 0,78 milliard d'euros depuis 2021 tient au fait que la commission est d'avis que « *les données épidémiologiques disponibles en 2024 sont suffisamment robustes pour permettre d'intégrer la souffrance psychique liée au travail au sein de la fourchette* ».

**FACTEURS EXPLICATIFS DE LA RÉVISION DE L'ESTIMATION
DU COÛT RÉEL DE LA SOUS-DÉCLARATION DES AT-MP ENTRE 2021 ET 2021**

(en pourcentage)



Source : commission des affaires sociales d'après le rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (juillet 2024).

Le Gouvernement fait valoir dans l'exposé des motifs de l'article 25 son intention de « *relever graduellement le montant du versement [...] au titre de la sous-déclaration* », pour atteindre 2 milliards d'euros en 2027.

VI. LES DOTATIONS AU TITRE DE LA PÉNIBILITÉ

La branche AT-MP finance aussi deux compensations de la pénibilité.

● L'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ dispose que l'âge d'ouverture des droits à la retraite ⁽²⁾ est abaissé à 60 ans pour les assurés dont l'incapacité permanente ⁽³⁾ est au moins égale à 20 % ou de deux ans, soit à soixante-deux ans, pour ceux dont elle est comprise entre 10 % et 19 % ⁽⁴⁾ et que la pension ainsi liquidée est calculée au taux plein même si la condition de durée d'assurance qui s'applique à lui n'est pas satisfaite.

L'article L. 4163-1 du code du travail ⁽⁵⁾ prévoit qu'en cas d'exposition au-delà de certains seuils ⁽⁶⁾ à plusieurs facteurs de risques professionnels ⁽⁷⁾, des droits sont attribués aux salariés au titre du compte professionnel de prévention (C2P).

● Il revient à la LFSS, aux termes des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale concernant la branche AT-MP du régime général et à ceux de l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime concernant la même branche du régime des salariés agricoles, de fixer le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs anticipés à la retraite et le C2P, à savoir :

– un surcroît direct de charge pour la branche AT-MP, du fait de l'utilisation des points du compte pour des formations continues en vue d'accéder à un emploi moins, voire non exposé aux facteurs de risques précités ou le financement d'un complément de rémunération et des cotisations et contributions sociales en cas de réduction de la durée de travail ⁽⁸⁾ ;

(1) Créé par l'article 79 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et modifié par le 2° du I de l'article 17 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Articles L. 161-17-2 et L. 351-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Article D. 351-1-9 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2011-353 du 30 mars 2011.

(5) Dans sa rédaction issue de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2017-1389 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, prise sur le fondement de l'habilitation votée au 1° de l'article 5 de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social et ratifiée par l'article 17 de la loi n° 2018-217 du 29 mars 2018.

(6) Article D. 4163-2 du code du travail, modifié par le décret n° 2023-760 du 10 août 2023.

(7) Activités exercées en milieu hyperbares, températures extrêmes et bruit (b à d du 2° de l'article L. 4161-1 du code du travail) ; travail de nuit, en équipes successives alternantes ou impliquant l'exécution de mouvements répétés, sollicitant tout ou partie du membre supérieur, à une fréquence élevée et sous cadence contrainte (3° du même article).

(8) 1° et 2° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail.

– un transfert à la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) au titre des liquidations avancées pour cause d’incapacité ou d’emploi des points du C2P aux fins de valider des trimestres ⁽¹⁾.

Ces dépenses ne compromettent pas l’équilibre de la branche AT-MP des deux régimes concernés, car leur montant est « pris en compte dans les éléments de calcul de la cotisation qui peuvent être modulés par secteur d’activité » : il s’agit en pratique d’une majoration commune à toutes les entreprises, dite M4 ⁽²⁾.

• Le **VIII** de l’article 25 fixe à **220,7 millions d’euros** la contribution de la branche AT-MP du **régime général** pour 2025 au titre des deux dispositifs *supra*, après 128,4 millions d’euros en 2023 puis 191,7 millions d’euros en 2024 :

– 116 millions d’euros concernant la retraite anticipée pour incapacité permanente, contre 95,7 millions d’euros en 2024 ;

– 105 millions d’euros au titre du CPP, contre 96 millions d’euros en 2024.

Le même **VII** fixe la contribution de la branche AT-MP du **régime des salariés agricoles** à **9,7 millions d’euros** en 2025, après 9 millions d’euros en 2023 et 9,6 millions d’euros en 2024 :

– 9,2 millions d’euros au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente, contre 9,1 millions d’euros en 2024 ;

– 0,5 million d’euros au titre du CPP, comme en 2024.

*

* *

(1) 3° du même I.

(2) Si le taux brut des cotisations de la branche AT-MP varie d’une entreprise à l’autre, le taux net intègre des majorations M1 (accidents de trajet), M2 (frais de gestion), M3 (transferts entre régimes et amiante) et M4 (pénibilité) identiques. La formule résultant de l’article D. 242-6-9 du code de la sécurité sociale et de l’arrêté du 27 décembre 2023 est : $\text{taux net} = (\text{taux brut} + M1 \text{ de } 0,17\%) \times (1 + M2 \text{ de } 58\%) + M3 \text{ de } 0,16\% + M4 \text{ de } 0,03\%$. Encore ce taux net peut-il être réduit dans divers cas, par exemple pour les salariés non-exposés au risque principal de l’établissement car ils exercent une fonction administrative.

Article 26

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

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 260,8 milliards d'euros en 2025 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Le déficit de la branche maternité, invalidité et décès (ou maladie) des régimes obligatoires de base (Robss) s'est réduit de moitié, soit de 21 milliards d'euros à 11,1 milliards d'euros entre 2022 et 2023. Il serait de 14,6 milliards d'euros en 2024 à 13,4 milliards d'euros en 2025.

Le périmètre de cette branche appelle plusieurs commentaires.

● Premièrement, cette branche couvre **quatre risques** :

– les coûts que peut engendrer le traitement des maladies, au profit de toute la population régulièrement établie en France, dans le cadre de la protection universelle maladie (Puma) instituée en 2016, et à celui des actifs pour la plupart des prestations en espèces ;

– les dépenses de soins induites par une grossesse, un accouchement et leurs suites, l'indemnisation des pertes de revenus liées aux congés de cette période, en complémentarité avec les allocations de la branche famille ;

– le maintien du niveau de vie des personnes qui sont invalides et ne peuvent plus ou plus autant exercer un emploi ;

– les conséquences immédiates du décès d'un travailleur pour sa famille.

Ainsi que le souligne le rapport d'octobre 2024 à la commission des comptes de la sécurité sociale, « *les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) [sont présentés] sur le champ élargi des régimes de maladie servant des prestations de droit commun ; [ils donnent] ligne à ligne les dépenses relevant du droit commun et identifient les transferts d'équilibrage dits spécifiques représentant in fine le coût des dispositifs maladie dérogatoires* » alors même que la Cnam et son réseau gèrent uniquement le régime général.

● Deuxièmement, l'objectif propre à la branche diffère de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), malgré un certain recoupement :

– l'Ondam exclut certaines charges de la branche maladie, à savoir les indemnités journalières de maternité et de paternité ou les prestations d'invalidité, ainsi que les frais de gestion des caisses concernées ;

– l'Ondam n'est pas une stricte addition de dépenses car il est calculé après l'enregistrement de recettes atténuatives ;

– à l’inverse, l’Ondam comprend les prestations de soins de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour incapacité temporaire et les dotations de la branche autonomie aux établissements et services médico-sociaux (ESMS).

I. UN OBJECTIF SUREXÉCUTÉ EN 2023

Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 puis la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 l’avaient fixé et révisé à 238,3 millions d’euros puis 239,1 millions d’euros, le projet de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale de 2023 fait état d’une consommation de l’objectif de dépenses de la branche maladie de **243,9 milliards d’euros**, soit un dépassement de 2,3 % ou de 2,1 % ⁽¹⁾.

Dans son rapport sur l’application des lois de financement de mai 2024, la Cour des comptes estimait que :

– « *la réduction du déficit de la branche maladie par rapport à 2022 [de 21 à 11,1 milliards d’euros] est totalement imputable à l’extinction des dépenses liées à la crise sanitaire, passées de près de 12 milliards d’euros en 2022 à un peu plus de 1 milliard d’euros en 2023 ; une amélioration plus structurelle des soldes de la branche était aussi attendue mais elle ne s’est pas concrétisée, en raison de revalorisations salariales en cours d’année en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux et de mesures de régulation trop limitées* » ;

– « *à ces médiocres résultats, s’ajouterait un déficit très important des hôpitaux publics, [lequel] atteindrait entre 1,7 et 1,9 milliard d’euros en 2023* », malgré la « *rallonge exceptionnelle accordée en mars 2024 au titre de 2023 (0,5 milliard d’euros), dont 70 % pour les établissements de santé, 15 % pour les établissements privés non lucratifs et 15 % pour les cliniques* ».

Pour le dernier exercice clos, les indemnités journalières pour la maternité ont été stables à hauteur de 4 milliards d’euros, ce qui tient :

– d’une part, au fait que la hausse observée en 2021 et 2022 après que le congé de paternité a été allongé de 14 à 28 jours ⁽²⁾ a été compensée par la chute de 6,6 % des naissances entre l’année close et la précédente ⁽³⁾ ;

– d’autre part, au transfert à la branche famille du coût des indemnités journalières servies aux mères après l’accouchement et aux parents après l’adoption, soit une baisse de 2,1 milliards d’euros, revenant à laisser à la branche maladie la

(1) Rapport n° 292 de M. Yannick Neuder, rapporteur général, sur le projet de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale de l’année 2023, enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 25 septembre 2024.

(2) Article L. 1225-35 du code du travail, dans sa rédaction issue du 1° du I de l’article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(3) Le nombre de nouveau-nés était de 678 000 en 2023 contre 726 000 en 2022 (Insee, 16 janvier 2024).

dépense pour la période prénatale du congé, centrée sur les risques de santé spécifiques à la femme enceinte, et d'attribuer aux caisses d'allocations familiales (CAF), lesquelles assumaient d'ailleurs depuis l'origine les indemnités journalières du congé paternité celle afférente à la période suivant la naissance ⁽¹⁾.

II. UN OBJECTIF LÉGÈREMENT DÉPASSÉ EN 2024

L'annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale indique des dépenses de la branche maladie établies à **253,6 milliards d'euros en 2024**, soit :

- une hausse de 4 % par rapport au 243,9 milliards d'euros atteints en 2023 ;
- un surcroît de 0,7 % en comparaison avec les 251,9 milliards d'euros que prévoyait la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Le déficit de la branche devrait se creuser à hauteur de 14,6 milliards d'euros en 2024 pour l'ensemble des Robss, la croissance de ses dépenses étant supérieure à celle de ses recettes, laquelle serait de 2,6 % (avec une contribution de 1,3 point pour les cotisations brutes et de 1,2 point pour les impositions affectées, mais aussi une charge de non-recouvrement comptant pour 0,3 point en sens inverse).

Le rapport d'octobre 2024 à la commission des comptes de la sécurité sociale indique que :

– les prestations du champ de l'Ondam contribueraient pour 3,5 points à la hausse de 4 %, étant entendu que *« ce dynamisme serait porté par la montée en charge en année pleine des mesures salariales de l'été 2023 dans les établissements de santé et par l'effet en année pleine de la hausse des tarifs des consultations des médecins généralistes et spécialistes, résultant du règlement arbitral de mai 2023 entré en vigueur à l'automne 2023, alors que la signature en juin 2024 de la nouvelle convention médicale ne produira d'effets qu'à partir de décembre »* et que les indemnités journalières connaîtraient un effet de prix pour 3,4 %, du fait de la hausse des salaires ;

– les dépenses de la branche maladie liées à la maternité et à la paternité repartiraient à la hausse en 2024 et 2025, respectivement pour 2,6 % et 2,9 %, portées les deux années par une hausse du salaire moyen de 3,1 % puis 2,9 %, la natalité reculant de 0,9 % la première année mais remontant de 0,3 % la seconde ;

– les prestations d'invalidité progresseraient de 4,8 %, davantage à raison de leurs revalorisations de 3,9 % en moyenne que du fait du volume de bénéficiaires.

(1) 6° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du 2° du I de l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Les transferts sortants rebondiraient, ceux versés aux agences régionales de santé (ARS) puis fléchés vers la réduction de la dette des hôpitaux ⁽¹⁾ étant de 10,2 % plus importants qu'en 2023, quoique ce mouvement soit neutre puisque financé par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ⁽²⁾.

III. UN OBJECTIF EN HAUSSE POUR 2025

L'article 25 du présent projet de loi de financement détermine un objectif de dépenses de la branche maladie de **260,8 milliards d'euros en 2025**, soit :

– une augmentation de 7,2 milliards d'euros et de 2,8 % en comparaison avec les charges désormais projetées pour 2024 ;

– une hausse de 1,5 milliard d'euros et de 0,6 % par rapport à la projection au titre de 2025 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

L'annexe A du présent projet de loi de financement projette le déficit de la branche à 13,4 milliards d'euros. Mais le rapport d'octobre 2024 à la commission des comptes de la sécurité sociale estime que, sans les mesures nouvelles que comporte le texte, il se creuserait à 18,7 milliards d'euros.

Toujours en tendancier, les prestations seraient dynamiques, aussi bien dans le champ de l'Ondam (3,7 %) qu'en dehors (4,6 %), respectivement tirées par les soins de ville et par les dépenses d'invalidité.

Les transferts reculeraient de 6,9 % du fait, notamment, de l'arrivée à son terme du soutien à l'investissement permis par le « Ségur de la santé » ⁽³⁾.

Les charges autres que les prestations, les transferts et les frais de gestion enregistreraient une hausse significative, passant de 375 millions d'euros en 2024 à 909 millions d'euros en 2025, en partie à cause des intérêts de la dette, le déficit de la branche augmentant et les taux demandés aux emprunteurs publics français étant orientés à la hausse.

(1) Article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) C du II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, tel que rétabli par l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

(3) Le « Ségur de la santé » est un plan de modernisation du système de santé visant à revaloriser les métiers des secteurs sanitaire et médico-social et à investir dans les établissements (déclinaisons appelées « Ségur numérique » ou « Ségur immobilier ») en réponse à la crise du covid-19. Ses dépenses ont atteint 4 milliards d'euros en 2020, puis 9,3 milliards d'euros en 2021 et 12,6 milliards d'euros en 2022 et enfin 13,2 milliards d'euros en 2023 ; elles seraient encore de 13 milliards d'euros en 2024.

**CHARGES NETTES DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
DE 2022 À 2025 (P) – HORS MESURES NOUVELLES**

(en millions d'euros ; en pourcentage)

	2022	2023	%	2024(p)	%	2025(p)	%
CHARGES NETTES	240 672	242 337	0,7	251 912	4,0	261 705	8,9
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	220 050	224 433	2,0	233 481	4,0	242 420	8,8
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	206 821	210 834	1,9	219 234	4,0	227 519	8,8
Prestations légales "maladie" nettes	201 989	205 909	1,9	214 142	4,0	222 275	8,8
Soins de ville	103 726	102 186	-1,5	107 227	4,9	112 444	4,9
Prestations en nature	91 325	91 232	-0,1	95 253	4,4	100 032	5,0
Indemnités journalières	12 401	10 955	-11,7	11 974	9,3	12 412	3,7
Etablissements	98 262	103 722	5,6	106 916	3,1	109 832	2,7
Prestations légales "maternité" nettes	4 142	4 174	0,8	4 316	3,4	4 453	3,2
Soins des Français à l'étranger	790	751	-5,0	776	3,3	790	1,8
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	13 129	13 598	3,6	14 247	4,8	14 901	4,6
Ij maternité	3 239	3 216	-0,7	3 303	2,7	3 400	2,9
Ij paternité	577	597	3,5	610	2,1	627	2,8
Prestations invalidité	7 436	7 829	5,3	8 508	6,1	8 717	4,9
Soins des étrangers en France	1 008	1 051	4,3	1 069	1,7	1 049	-1,9
Action sociale et actions de prévention	509	500	-1,8	546	9,2	695	27,3
Autres prestations nettes	360	405	12,5	411	1,4	412	0,3
TRANSFERTS NETS	13 672	10 793	-21,1	11 127	3,1	11 326	1,8
Transferts d'équilibrage et dotations spécifiques	768	755	-1,7	782	3,5	789	0,9
Prise en charge de cotisations des PAM	1 291	1 307	1,3	1 402	7,2	1 454	3,7
Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	10 831	7 574	-30,1	7 710	1,8	7 756	0,6
Financement du FIR	4 781	4 824	0,9	5 347	10,8	5 654	5,7
FMIS (ex FMESPP)	1 015	1 062	4,6	984	-7,3	632	-35,8
Santé publique France (SPF)	4 016	602	-85	300	-	347	15,6
Autres participations et subventions ONDAM	1 019	1 086	6,6	1 078	-0,7	1 123	4,1
Autres transferts (dont dépassement soins urgents, démocratie sanitaire)	29	85	++	55	-34,7	55	0,0
Transfert pour investissements des hôpitaux sur crédits versés par la CADES	737	1 053	42,8	1 159	10,2	1 254	8,1
Prise en charge de prestations (ASI notamment)	16	19	21,1	19	0,0	19	0,0
CHARGES DE GESTION COURANTE	6 820	6 799	-0,3	6 929	1,9	7 049	1,7
dont CNAM seule hors frais d'assiette et de recouvrement	5 766	5 713	-0,9	5 821	1,9	5 929	1,9
AUTRES CHARGES NETTES	130	313	++	375	19,9	909	++

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2024).

IV. À MOYEN TERME, UNE AUGMENTATION SOUTENUE DES DÉPENSES

Les dépenses de la branche maladie continueraient d'augmenter pour atteindre **284,4 milliards d'euros en 2028**.

Alors que la dernière LFSS envisageait que son déficit se stabilisât autour de 9 milliards d'euros de 2023 à 2027, la prévision du PLFSS 2025 est plus défavorable car le solde de l'assurance maladie serait dégradé de 4,4 milliards d'euros par an en moyenne mais surtout, l'année 2025 faisait exception, inverserait sa tendance pour atteindre 14,9 milliards d'euros à l'horizon de 2028.

Entre 2024 et 2028, les dépenses augmenteraient plus vite que les recettes au cours de trois des cinq exercices considérés.

**ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES, DE RECETTES ET DE SOLDE
DE LA BRANCHE MALADIE DES ROBSS DE 2022 À 2028 (P)
DE LA LFSS 2024 AU PLFSS 2025**

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
<i>Première prévision – LFSS 2024</i>							
Recettes	221,2	234,2	243,4	249,9	257,6	265,0	s. o.
Dépenses	242,2	243,7	251,9	259,3	266,7	273,9	
Solde	- 21,0	- 9,4	- 8,5	- 9,4	- 9,1	- 9,0	
<i>Rectification – PLFSS 2025</i>							
Recettes		232,8	239,0	247,4	254,2	262,0	269,5
<i>Variation</i>		5,2 %	2,7 %	3,5 %	2,7 %	3,1 %	2,9 %
Dépenses	s. o.	243,9	253,6	260,8	268,3	276,2	284,4
<i>Variation</i>		0,7 %	4,0 %	2,8 %	2,9 %	2,9 %	3,0 %
Solde		- 11,1	- 14,6	- 13,4	- 14,2	- 14,3	- 14,9

Note : le taux de variation indiqué court d'un exercice à l'autre, non entre la prévision et la rectification.

Sources : annexe A de la LFSS 2024 et du PLFSS 2025.

*

* *

Article 27

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs pour 2025

Cet article fixe à 263,9 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2025 ; il fixe le montant des six sous-objectifs qui le composent.

L'article 27, que l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ fait figurer parmi les dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 263,9 milliards d'euros en 2025, répartis dans ses six sous-objectifs.

Après le cadre juridique de l'Ondam (I), sera abordée son évolution en 2025 hors mesures nouvelles (II) et avec ces dernières (III).

I. UN OBJECTIF DE DÉPENSES AU STATUT PARTICULIER

De tous les objectifs de dépenses que la loi de financement comporte, l'Ondam est le seul dont le périmètre ne coïncide pas avec celui d'une branche seule des régimes obligatoires de base (Robss).

L'Ondam est interbranches ; sa logique est plus économique que comptable.

- D'abord, l'objectif excède le champ de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (ou branche maladie – dont le propre objectif de dépenses est fixé par l'article 26 commenté *supra*) pour inclure des indemnités relevant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et le financement des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) par la branche autonomie.

- Ensuite, l'Ondam ne reprend pas l'intégralité des postes de la branche maladie, puisqu'il exclut les indemnités journalières (IJ) de maternité et les prestations pour invalidité et décès, ainsi que les charges de gestion de la branche.

- Par ailleurs, l'Ondam est le seul à être décliné en sous-objectifs.

La loi organique prévoit premièrement que « *la définition [de leurs] composantes [...] est d'initiative gouvernementale* » ⁽²⁾, deuxièmement que « *[leur] nombre [...] ne peut être inférieur à trois* » ⁽³⁾ et troisièmement que des amendements peuvent modifier la ventilation des sommes entre les sous-objectifs, dans la mesure où « *au sens de l'article 40 de la Constitution, la charge s'entend,*

(1) Article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, issu de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Deuxième phrase du 3° de l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale.

(3) Dernière phrase du même 3°.

s’agissant des amendements aux projets de loi de financement de la sécurité sociale, [à l’échelle] de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie »⁽¹⁾.

Ces sous-objectifs sont d’un volume hétérogène, les deux premiers pesant chaque année plus de 80 % et les deux suivants ayant été déplacés de la branche maladie à la branche autonomie lorsque celle-ci a été créée, soit en 2021 :

– celui des soins de ville, correspondant aux honoraires des professionnels libéraux, aux remboursements des produits de santé et aux IJ ;

– celui des établissements de santé, divisé en six compartiments pour la médecine, la chirurgie et l’obstétrique (MCO), la psychologie et les soins de suite et de réadaptation (SSR), les soins médicaux et de réadaptation (SMR), les missions d’intérêt général et d’aides à la contractualisation (Migac), la dotation annuelle de financement (DAF) et les unités de soins de longue durée (USLD) ;

– ceux du financement des ESMS pour les personnes âgées et handicapées, réunis dans l’objectif global de dépenses (OGD) de la branche autonomie ;

– celui du fonds d’intervention régional (FIR) et des soutiens pour l’investissement, qui correspond (i) aux enveloppes des agences régionales de santé (ARS) en vue d’actions sanitaires et (ii) au fonds pour la modernisation et l’investissement en santé (FMIS) et au plan d’aide pour l’investissement (PAI) de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) ;

– celui des autres prises en charge, à savoir les dotations aux établissements accueillant des personnes faisant face à des difficultés spécifiques comme l’addiction, les soins des Français vivant à l’étranger et les subventions à des opérateurs comme l’Agence nationale de santé publique (Santé publique France).

• Enfin, l’Ondam n’est pas d’une nature strictement budgétaire.

D’une part, il ne comprend que des crédits indicatifs et constitue plus une norme qu’un plafond contraignant, car il s’agit de dépenses de guichet auxquelles ont droit soit les assurés directement, soit les établissements ou les professionnels leur apportant des prestations.

Cela a pour conséquence que son respect n’est ni une exigence organique ni une nécessité pour les gestionnaires, de sorte que des décaissements sont possibles au-dessus de son montant tant que la trésorerie le permet et que les tableaux d’équilibre des LFSS en tiennent ultérieurement compte.

Indépendamment d’éventuelles mesures nouvelles, différents outils existent toutefois pour maîtriser l’Ondam.

En premier lieu, le comité d’alerte sur l’évolution des dépenses d’assurance maladie (Cadam) est « chargé d’alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses

(1) Premier alinéa du IV de l’article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale.

nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement », ce qu'il fait au moyen d'avis publics présentés « *chaque année, au plus tard le 15 avril* », « *au plus tard le 1^{er} juin* », « *au plus tard le 15 octobre* » et « *en tant que de besoin* » ⁽¹⁾, un risque dépassant le seuil de 0,5 % étant tenu pour « *sérieux* » ⁽²⁾.

Les circonstances politiques de la fin du printemps et de l'été, sur lesquelles il n'y a pas lieu de revenir ici, font que le deuxième avis du Cadam a été présenté le 26 juillet 2024 et que le troisième n'était pas disponible à l'heure de la préparation par le rapporteur général du présent commentaire.

En deuxième lieu, aux termes de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) en vigueur ⁽³⁾, une fraction de 0,3 % du montant de l'Ondam est mise en réserve au début de chaque exercice, soit 791,7 millions d'euros en 2025 d'après la cible fixée par l'article 27 du PLFSS.

Toutefois, comme l'avait relevé la commission des finances au moment de l'examen du projet de LPFP ⁽⁴⁾, la mise en œuvre de cet instrument de précaution demeure en partie théorique :

– si elle a bien pour effet de rendre indisponibles certaines sommes, donc de fournir une solution de trésorerie en cas de dégel (sans mobiliser ni prélèvement obligatoire, ni emprunt, ni transfert de crédits entre branches ou organismes), elle n'empêche pas une sur-exécution ;

– l'information quant aux crédits dont le gel est maintenu ou qui sont libérés est parcellaire (en comparaison avec celle concernant le budget de l'État).

La commission des affaires sociales du Sénat, saisie pour avis du projet de LPFP ⁽⁵⁾, avait noté que « *la mise en réserve de crédits ne suppose pas a priori un objectif de sous-consommation en fin d'exercice* », que « *le remboursement de feuilles de soins ne peut ainsi être gelé, quand les dotations à des établissements publics peuvent, eux, l'être* » et que « *la contribution à ces gels de crédits diffère de manière substantielle entre les sous-objectifs* », celui afférent aux établissements de santé étant ainsi « *soumis en 2022 à une mise en réserve de l'ordre de 0,51 % pour un montant représentant ainsi près de 68 % de la mise en réserve globale* ».

(1) Première phrase du premier alinéa, première phrase du troisième alinéa, première phrase du quatrième alinéa et première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Premier alinéa de l'article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale.

(3) Article 20 de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

(4) Rapport n° 282 de M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général, sur le projet de LPFP pour les années 2023 à 2027, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 5 octobre 2022.

(5) Avis n° 73 de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, sur le projet de LPFP pour les années 2023 à 2027, enregistré à la présidence du Sénat le 26 octobre 2022 ; voir aussi le rapport d'enquête n° 584 de Mme Catherine Deroche sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, enregistré à la présidence du Sénat le 29 mars 2022.

CHAMP DE L'ONDAM EN 2025

Branche maladie, maternité, invalidité/décès	Branche AT-AP	Branche Autonomie
<p>I. Prestations sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prestations en espèce – U maternité ◆ Prestations invalidité/décès ◆ Prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ◆ Actions de prévention hors FIR ◆ Autres prestations <p>II. Charges techniques</p> <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>	<p>I. Prestations légales maladie et maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prestations en nature maladie – maternité – incapacité temporaire* ◆ Remises conventionnelles pharmaceutiques ◆ Participation des assurances complémentaires à la rémunération du forfait médecin traitant ◆ Prestations en espèce (hors U maternité), prestations en espèce suite à AT <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prise en charge des cotisations des professionnels libéraux et en centres de santé ◆ Autres transferts (ABM, ATIH, FAC dont ANOPC...) <p>I. Prestations pour incapacité temporaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prestations en nature ◆ Prestations en espèce suite AT <p>I. Prestations pour incapacité permanente</p> <p>II. Charges techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ prise en charge des cotisations ACAVIA (Allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante) ◆ Dotations aux fonds amiante <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>	<p>I. Prestations maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prestations en nature exécutées en ESMS-PA ◆ Prestations en nature exécutées en ESMS-PH <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Charges techniques relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement <p>I. Prestations autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prestations en espèces (AEEI, congé proche aidant) ◆ Action de prévention, formation ◆ Plan d'aide à l'investissement <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Concours aux dépenses des départements (APA, PCH)+ financement MDPH ◆ Dotation FIR, GEM, MAIA ◆ Autres transferts (ANAP, ATIH) <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>

*Hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

En troisième lieu, la régulation de l'Ondam peut aussi être faite en cours d'exercice *via* la minoration de la tarification à l'acte (T2A) pour certains séjours ou la réduction de dotations qui ne sont versées aux hôpitaux en fin d'exercice que si l'Ondam semble pouvoir être respecté, comme celles qui financent les missions d'intérêt général (MIG) – recherche, etc.

En quatrième et dernier lieu, l'Ondam n'est pas une addition de charges au sens strict, car il intègre trois types de recettes atténuatives :

– le Comité économique des produits de santé (Ceps) négocie avec des laboratoires des remises sur les prix des spécialités pharmaceutiques ⁽¹⁾ ;

– les entreprises vendant des médicaments et dispositifs médicaux (DM) sont assujetties à un impôt qualifié de clause de sauvegarde ⁽²⁾, dont l'appel est déclenché lorsque, pour les premiers, le chiffre d'affaires tiré de leur vente, net des remises et, pour les seconds, les remboursements de l'assurance maladie dépassent un montant déterminé (*cf. supra* le commentaire de l'article 9) ;

– au titre des rémunérations forfaitaires versées aux médecins et aux autres professionnels de santé ⁽³⁾, la loi et des conventions prévoient une contribution des organismes complémentaires ⁽⁴⁾.

En 2023, ces taxes ont minoré l'Ondam de 10,1 milliards d'euros en 2023.

(1) II et III de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Section 4 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

(3) 13^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 862-4-1 du code de la sécurité sociale.

II. UNE CROISSANCE DE 3,7 % TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS

Dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) d'octobre 2024, il est indiqué qu'avant la prise des mesures nouvelles du PLFSS, l'Ondam aurait une **hausse tendancielle de 3,7 %** et s'établirait à **265,6 milliards d'euros en 2025**.

Ce montant serait ainsi :

– en progression de 9,5 milliards d'euros en comparaison avec l'Ondam pour 2024 rectifié à 256,1 milliards d'euros par l'article 2 du PLFSS (c'est sur cette base qu'est calculé le taux de 3,7 %) ;

– supérieur de 1,3 milliard d'euros à la cible de 263,8 milliards d'euros qui résulterait du respect de l'évolution de 3 % entre 2024 et 2025 envisagée par le 2 du C du III du rapport annexé à la LPPF, précitée.

Quatre paramètres dynamiques s'additionneraient :

– 7,5 milliards d'euros au titre de la croissance spontanée de l'Ondam, qui repose sur diverses hypothèses démographiques, médicales et économiques ;

– 1,5 milliard d'euros du fait des revalorisations, recouvrant la convention médicale signée le 4 juin 2024 portant notamment le tarif de la consultation des généralistes de 26,50 euros à 30 euros, et de la montée en charge d'accords déjà appliqués, parmi lesquelles le rapport à la CCSS site celui avec les chirurgiens-dentistes du 21 juillet 2023, l'avenant 7 à celui des masseurs-kinésithérapeutes, l'avenant 11 à la convention des transporteurs sanitaires, etc. ;

– 0,6 milliard d'euros pour la trajectoire de l'adaptation de l'offre dans le secteur médico-social ;

– 0,2 milliard d'euros pour d'autres financements pluriannuels, au travers des fonds classiques (FIR, FMIS, PAI, etc.) ou des investissements du « Ségur ».

En sens inverse, le rapport à la CCSS a pu prendre en considération l'effet en année pleine du doublement réglementaire ⁽¹⁾ des franchises et des participations forfaitaires, entrées en vigueur respectivement au 31 mars et au 1^{er} mai 2024, pour une économie de 0,3 milliard d'euros.

III. UNE PROGRESSION RAMENÉE À 2,8 %

L'article 27 du projet de loi de financement fixe, pour tous les Robss, l'Ondam à 263,9 milliards d'euros en 2025, en hausse de 7,8 milliards d'euros, soit de 3 % par rapport au montant rectifié pour 2024 mais de 2,8 % à champ constant.

Seront abordés la construction de l'Ondam pour l'année à venir (1) puis les grands motifs expliquant sa variation (2).

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

1. Les changements de périmètre

S'il peut être utile de calculer la variation de l'Ondam d'une année à l'autre d'un simple point de vue arithmétique, sans égard aux modifications des charges qui peuvent y être intégrées puis ne plus l'être, ou inversement, une comparaison plus intelligible et plus sincère implique de corriger l'Ondam choisi dans le passé pour en donner le montant qui aurait été le sien s'il avait retracé les mêmes postes que lors de l'exercice contemporain.

L'annexe 5 du PLFSS emprunte systématiquement cette convention.

Précisions méthodologiques concernant la mesure de la croissance des dépenses au sein de l'Ondam

« La réalité de la dynamique de la dépense au sein de l'Ondam s'apprécie entre deux lois de financement de la sécurité sociale consécutives, à périmètre (ou champ) constant. En effet, le périmètre de l'ONDAM peut être amené à évoluer d'une année sur l'autre, des dépenses ou recettes étant nouvellement intégrées dans le champ de l'objectif, d'autres à l'inverse en étant sorties. Pour apprécier la dynamique réelle de la dépense au sein de l'ONDAM sur un champ identique (champ constant) entre deux exercices, l'ONDAM doit en conséquence être retraité de ces modifications de périmètre, selon les règles décrites ci-après. Les mouvements constituant une simple réimputation entre les sous-objectifs de l'ONDAM, les mouvements d'intégration ou de sortie du périmètre de l'Ondam de dépenses demeurant financées par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès ou les mouvements qui traduisent une évolution entre le champ des dépenses de ces régimes d'assurance et celui d'autres entités (par exemple, l'État) équilibrée par un mouvement similaire en recettes ne doivent pas être comptabilisés dans ce calcul. Ces mouvements sont appelés **mesures de transfert** quand ils ont lieu **entre sous-objectifs** ou **mesures de périmètre** quand ils ont lieu **entre le périmètre de l'ONDAM et une autre entité (qui peut être la sécurité sociale)**. Leur prise en compte permet de passer du champ constant au champ courant, sur lequel est présenté l'ONDAM de l'année, mais ils sont sans influence sur l'appréciation de la dynamique de ces dépenses. »

Source : 1 de l'annexe 5 de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

Alors que l'Ondam serait – toutes choses égales par ailleurs d'ici à la fin du mois de décembre – de 256,1 milliards d'euros en 2024, ce raisonnement implique de considérer qu'il atteindrait 256,6 milliards d'euros.

La clef de passage entre les montants réel et virtuel pour 2024 est présentée dans le tableau ci-dessous.

Il s'agit surtout d'augmenter le premier des deux sous-objectifs concernant la branche autonomie à cause de l'expérimentation de la fusion des sections de financement expérimentée dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) (*cf. supra* le commentaire de l'article 21).

SYNTHÈSE DES ÉVOLUTIONS DE PÉRIMÈTRE ENTRE L'ONDAM EFFECTIF ET L'ONDAM RETRAITÉ POUR 2024 EN VUE DE LA COMPARAISON DU SECOND AVEC L'ONDAM 2025

(en millions d'euros)

	Soins de ville	Établissements de santé	Établissements pour personnes âgées	Établissements pour personnes handicapées	Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	Autres prises en charges	Total
Fusion des sections		32	543				575
Autre changement de périmètre					-40		-40
Total mesures impactant le périmètre de l'Ondam	0	32	543	0	-40	0	535
Restitution crédits CNH PA vers PH			-61	61			0
Réforme du financement MCO (Caques)		20			-20		0
Tarif global OGD	-50		50				0
Transports sanitaires - Avenant T1	45				-45		0
Autres transferts FIR	3	3			-6		0
Total transferts entre sous-objectifs	-2	23	-11	61	-71	0	0
Total	-2	55	532	61	-112	0	535

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

2. Les facteurs d'évolution

Si l'épidémie de covid-19 n'entraîne pas de surcoût par rapport à l'exercice en cours (a), plusieurs déterminants de l'Ondam appellent un commentaire (b).

MONTANT DES SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM EN 2025 (P)

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

	2024 retraité	2025	Évolution
Soins de ville	109,5	111,6	2,0 %
Établissements de santé	105,5	108,8	3,1 %
ESMS – personnes âgées	16,7	17,7	6,0 %
ESMS – personnes handicapées	15,2	15,7	+ 3,3 %
Fonds d'intervention régional et investissement	6,6	6,6	- 0,5 %
Autres prises en charge	3,2	3,5	10,2 %
Ondam total	256,6	263,9	2,8 %
Hors covid-19	sans objet	263,4	sans objet
Hors covid-19 et Ségur de la santé	à champ	254,4	à champ
Hors covid-19, Ségur et inflation exceptionnelle	constant	241,6	constant

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

a. Un effort stable pour la crise sanitaire

En volume, la hausse de l'Ondam est de 2,8 % que l'on prenne en compte ou non l'incidence du covid-19, car les dépenses liées à celle-ci auraient le même montant en 2024 et en 2025, soit 0,5 milliard d'euros, répartis pour l'année prochaine entre 0,1 milliard d'euros au titre de dotations pour l'achat de vaccins par Santé publique France et 0,4 milliard d'euros à celui des soins de ville (dépistages et rémunération des professionnels administrant les vaccins).

En valeur, l'Ondam hors crise serait donc de 263,4 milliards d'euros.

b. Des mesures nouvelles à l'incidence nette haussière

Le PLFSS 2025 comprend dans le champ de l'Ondam des mesures nouvelles ayant un coût brut de 5,1 milliards d'euros, lesquelles conduiraient sa progression à 4,7 % « en l'absence de toute mesure d'économie hormis celles liées à la maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude » selon l'annexe 5, mais aussi des « dispositions de régulation, d'efficience et de transferts de remboursements » devant générer un gain de 4,9 milliards d'euros.

Le rapporteur général commentera certaines d’entre elles, dans l’ordre du tableau ci-après plutôt que dans celui des six sous-objectifs de l’Ondam.

EFFET DES MESURES NOUVELLES SUR L’ONDAM POUR 2025

(en milliards d’euros)

Dépenses supplémentaires	+ 5,1
Compensation aux hôpitaux au titre des cotisations pour la CNRACL	+ 1,3
Autres mesures nouvelles	+ 4,2
<i>Soins de ville</i>	+ 1,7
<i>Refinancement des sommes gelées en 2024 mais dégelées</i>	+ 0,4
<i>Attractivité des métiers et qualités de l’offre des établissements de santé</i>	+ 0,7
<i>Renforcement des ESMS</i>	+ 1,0
<i>Fonds d’intervention régional</i>	+ 0,4
Recul des crédits du « Ségur de la santé »	- 0,4
Dépenses minorées	- 4,9
Optimisation des processus d’achat et développement du virage ambulatoire	- 0,7
Protocole de biologie médicale et de radiologie et régulation des transports	- 0,6
Poursuite de l’effet du doublement des franchises médicales et des forfaits	- 0,3
Transferts aux employeurs et aux organismes complémentaires	- 1,7
Régulation des produits de santé	- 1,6
<i>Baisse de prix</i>	- 1,2
<i>Maîtrise des volumes</i>	- 0,4

Source : commission des affaires sociales d’après l’annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

● Le déficit passé de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), à laquelle sont aussi affiliés les membres de la fonction publique hospitalière (FPH), comme son niveau prévisionnel pour l’année en cours et celles à venir (*cf. supra* le commentaire des articles 11 et 13) invitent l’autorité réglementaire à relever de 4 points le taux de la cotisation des employeurs pour ce régime obligatoire (Robss) servant des prestations de vieillesse distinctes de celles du régime général. Cela fait partie d’une des solutions envisagées dans un rapport inter-inspections publié à la faveur des « revues de dépenses »⁽¹⁾.

Les conséquences pour les hôpitaux, d’un montant de 1,1 milliard d’euros, sont intégrées à l’Ondam pour 2025, mais elles consomment de fait 15,1 % de la hausse de l’objectif agrégé et 33,3 % de celle du sous-objectif des établissements de santé : le montant de ce dernier croîtrait de 3,3 milliards d’euros et atteindrait 108,8 milliards d’euros. Une fois retirées les cotisations à la CNRACL, le surcroît ne serait que de 2,3 milliards d’euros, soit un taux corrigé de 2,2 %.

Le rapporteur général exprime sa vive inquiétude : alors que les besoins sont immenses, singulièrement dans les territoires sous-denses et ultramarins, cette hausse des cotisations – que le Gouvernement envisage de réitérer de manière incrémentale en 2026 et en 2027 – va immanquablement obérer les arbitrages des hôpitaux en faveur de l’innovation thérapeutique, voire du soin courant.

(1) Rapport des inspections générales des finances (IGF), des affaires sociales (Igas) et de l’administration (IGA) sur la situation financière de la CNRACL (n^{os} 2023-M-104-02 ; 2023-104R ; 23107R), mai 2024.

La position des fédérations hospitalières

Dans un communiqué publié en commun le 8 octobre 2023, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), la Fédération des centres de lutte contre le cancer (Unicancer) et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fehad), que le rapporteur général a auditionnées avec le plus vif intérêt, estiment que ces charges imposées aux établissements de santé « aboutissent à préempter des financements normalement destinés à répondre au défi de l'évolution démographique et épidémiologique » et jugent que la hausse de l'Ondam pour 2,8 %, dont 3,1 % pour le sous-objectif les intéressant, est une « augmentation en trompe-l'œil ; en réalité une fois neutralisée l'enveloppe de compensation de l'augmentation des cotisations [pour la] CNRACL, l'évolution nette est de seulement 2 % ; et après prise en compte des impacts de l'inflation et des effets prix auxquels [ces] établissements vont devoir faire face en 2025, l'évolution nette n'est plus que de 0,2 % ». Elles en concluent que « compte tenu de la hausse d'activité, c'est un financement relatif négatif ».

Source : site internet de chacune des quatre fédérations signataires.

● En ville, les dépenses supplémentaires de 1,7 milliard d'euros sont « liées à la revalorisation de la consultation à 30 euros [chez les généralistes] et plus globalement [aux] conséquences de la signature de la nouvelle convention médicale en juin 2024, [à] la poursuite de revalorisation pour les professions paramédicales et [au] financement des mesures contre la précarité menstruelle ».

Les principales économies font l'objet du commentaire des articles 15 à 17, 19 et 20 du projet de loi de financement (cf. supra).

DÉCOMPOSITION DE LA CROISSANCE DU SOUS-OBJECTIF DES SOINS DE VILLE

(en pourcentage)



*Y compris provision covid pour 0,35 Md€, montant proche des coûts 2024.

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

● Les 0,7 milliard d'euros de charge nouvelle dans les établissements de santé sont justifiés par l'amélioration de l'attractivité des métiers, celle du maintien à domicile, la prise en charge des enfants et de la santé mentale et le renforcement de l'effort en faveur des soins critiques.

● Concernant les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), sont prévus 0,6 milliard d'euros pour rehausser le taux d'encadrement et faire face aux besoins des personnes les plus dépendantes, auxquels s'ajoutent 0,3 milliard d'euros pour la création de lits de résidents handicapés et 0,2 milliard d'euros de surcoût au titre de la fusion des sections, indépendamment des effets de périmètre brièvement évoqués supra et auxquels sont consacrés d'importants développements dans la troisième partie de l'annexe 7 du PLFSS, relative à la branche autonomie.

● Le rapporteur général s'étonne que le moindre investissement au titre du « Ségur de la santé » soit classé parmi les dépenses supplémentaires mais constate que ce contrecoup de 0,4 milliard d'euros permet au premier sous-total du tableau *supra* d'être celui indiqué par le Gouvernement.

● Alors qu'aucune mesure ne figure dans le projet de loi de financement dans sa version déposée le 10 octobre 2024, le Gouvernement, par voie de presse puis à la faveur de déclaration devant les assemblées et malheureusement dans cet ordre, a indiqué réfléchir à des économies de 1,6 à 1,7 milliard d'euros :

– en abaissant le plafond des indemnités journalières (IJ) pour les arrêts de travail de 1,8 fois à 1,4 fois le salaire minimum (Smic), lequel devrait par ailleurs augmenter de 2 % dès le 1^{er} novembre 2024, soit un passage de 3 244,07 euros brut par mois (donc 1 622,03 euros pour une IJ de 50 % – *cf. infra*) à 2 523,16 euros brut par mois (donc 1 261,58 pour une IJ), baissant l'Ondam de 0,6 milliard d'euros ;

– sur le ticket modérateur (TM) pour les consultations chez les médecins généralistes et les sages-femmes, qui pourrait passer de 30 % à 40 %.

Les indemnités journalières

L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *l'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin [...] de continuer ou de reprendre le travail* ».

Les articles R. 323-4 et R. 323-5 du même code précisent que l'IJ est égale à la « *moitié du revenu d'activité antérieur* » pris « *dans la limite d'un plafond égal à 1,8 fois le salaire minimum de croissance en vigueur le dernier jour du mois civil précédant* » l'arrêt.

Le ticket modérateur

L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pose le principe d'une participation de l'assuré à ses frais de santé : une fois que l'assurance maladie a assumé l'essentiel de leur coût, restent le ticket modérateur (TM), les restes à charge à proprement parler (franchise sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports ; participation forfaitaire sur le tarif des consultations ; forfait hospitalier) et les éventuels dépassements d'honoraires.

Le TM est fixé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) dans la limite de 25 à 35 % pour les frais d'honoraires des praticiens autres que ceux exerçant à l'hôpital ou les chirurgiens-dentistes, suivant le 3^o de l'article R. 160-5 dudit code.

Le rapporteur général a exprimé son point de vue pendant l'audition des ministres par la commission des affaires sociales :

– sur le premier point, il suggère de combiner une auto-déclaration pour les arrêts courts avec un jour de carence d'ordre public, c'est-à-dire non seulement ne donnant pas lieu au versement d'une IJ mais n'ayant en outre pas à être compensé par l'employeur, dans le but de responsabiliser les assurés, de libérer du temps

médical, d'alléger la dépense de la sécurité sociale et de n'augmenter ni celle des employeurs ni celle des complémentaires ;

– le second est défavorable au pouvoir d'achat de nos compatriotes, soit que leur tarif d'assurance, de mutuelle ou de prévoyance soit alourdi, tant les organismes complémentaires ne peuvent que répercuter ce transfert puisqu'ils ont des exigences prudentielles à respecter, soit qu'ils ne disposent pas de couverture complémentaire et doivent renoncer à des soins ou dégrader la qualité des produits de santé qu'ils achètent pour équilibrer leur budget.

Le rapporteur général sera extrêmement vigilant quant aux amendements que le Gouvernement déposerait et l'appelle à les assortir d'une étude d'impact, par dérogation aux principes suivant lequel seuls les projets de loi en font l'objet ⁽¹⁾.

*

* *

(1) Article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution.

Article 28

**Objectif de dépenses de la branche accidents du travail
et maladies professionnelles**

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année 2025, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, à 17 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base (+ 6,3 % par rapport à 2024).

L'article 28 fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP, tous régimes confondus, à hauteur de 17 milliards d'euros pour l'exercice 2025.

Il convient de rappeler l'évolution du solde en 2023 puis 2024 en ce qui concerne le régime général, prépondérant et pour lequel davantage de données sont disponibles **(I)**, avant d'évoquer les perspectives pour 2025 **(II)** et au-delà **(III)**.

Un objectif de dépenses recoupant partiellement l'Ondam

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) intègre les frais de soins de ville ou en établissement et les indemnités journalières pour incapacité temporaire assumés par la branche AT-MP.

Inversement, l'Ondam ne prend pas en compte un certain nombre d'autres charges légales de cette branche, à savoir :

- les réparations servies aux victimes d'un AT-MP en cas d'incapacité permanente ;
- les prestations versées pour les départs anticipés liés à l'amiante ;
- les actions de prévention de l'usure professionnelle.

Par ailleurs, la branche AT-MP assure des transferts, dont :

- un versement à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) destiné à couvrir le coût de la sous-déclaration des AT-MP et la compensation à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) du surcroît de pensions lié également à l'amiante et à la pénibilité (voir en ce sens le commentaire de l'article 25) ;
- des dotations d'équilibre des régimes des salariés agricoles, des mines et des marins.

I. UN EXCÉDENT QUI SE RÉTRACTE EN 2023 PUIS EN 2024

Depuis 2013, la branche AT-MP n'a connu qu'un exercice déficitaire, l'année 2020 marquée par la crise liée à l'épidémie de covid-19, dont l'incidence sur la sécurité sociale n'a pas vocation à être une nouvelle fois commentée ici.

Pour le régime général, le solde de la branche AT-MP, tout en restant positif, s'est dégradé pendant le dernier exercice clos **(A)** et celui en cours **(B)**. La raison en est une dynamique des dépenses plus forte que celle des recettes.

A. UN RECUL DE 16,9 % EN 2023

Le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023 fait état d'un excédent de 1,4 milliard d'euros pour la branche AT-MP, tous régimes obligatoires confondus.

En restreignant l'étude au régime général, le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024 indique que l'excédent de la branche est passé de 1,6 milliard d'euros en 2022 à 1,4 milliard d'euros en 2023.

Les charges de cette branche ont crû de 6,6 % entre 2022 et 2023, contre uniquement 4,5 % entre 2021 et 2022, dont notamment :

- 7,4 % pour les prestations relevant de l'Ondam, le dynamisme propre des indemnités journalières atteignant 8,6 % ;

- 1,7 % pour les dépenses exclues de l'Ondam, avec une hausse de 2,7 % pour les rentes à raison d'une incapacité permanente mais un recul de 3,0 % pour les dépenses relatives à l'amiante ;

- une baisse de 16,7 % pour les dépenses de prévention ;

- une augmentation de 21 % des transferts, que la commission des comptes de la sécurité sociale explique par celle de la compensation de la sous-déclaration au profit de la branche maladie et des allègements généraux (partage entre les branches) à l'assurance chômage.

Inversement, les produits de la branche AT-MP n'ont connu qu'une hausse de 4 % en 2023 au lieu de 7,3 % en 2022. Les cotisations, notamment, ont vu leur augmentation limitée à 4,6 %, alors que celle de la masse salariale du secteur privé s'est établie à 5,7 %.

B. UNE DIVISION PAR PRÈS DE DEUX EN 2024

En 2024, l'excédent de la branche AT-MP s'infléchirait de 46,3 % pour s'établir à 0,7 milliard d'euros.

Avant mesures nouvelles, ses dépenses progresseraient de 3,7 % :

- la hausse des prestations relevant de l'Ondam atteindrait 5,4 %, avec une augmentation de 7,2 % pour les indemnités journalières, dans laquelle le dernier rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale voit un « *ralentissement dans le contexte d'une normalisation des prix* » ;

- les charges hors de l'Ondam croîtraient de 4,5 %, avec un rythme de 2,7 % pour celles afférentes à l'incapacité permanente et de 50,9 % pour les actions de prévention et de couverture de la pénibilité tandis que, rompant avec la tendance, les dépenses liées à l'amiante progresseraient de 7,8 % ;

– enfin, les transferts seraient de 2,1 % moindres qu’en 2023, ce que la commission des comptes de la sécurité sociale explique par la « *baisse attendue de la contribution de la branche au financement de la sous-compensation à l’Unédic des allègements généraux, conséquence de la stagnation de ces derniers et de la baisse de l’excédent de la branche, le coût de ce dispositif étant réparti entre les branches excédentaires du régime général au prorata de leur résultat provisionnel de la LFSS pour 2024* ».

Les recettes seraient en repli de 0,7 % dans l’ensemble et de 2,1 % pour les cotisations : la dernière réforme du système de retraites ⁽¹⁾ a conduit à une baisse du taux moyen de la cotisation patronale, de 2,24 % à 2,12 % ⁽²⁾, pour neutraliser l’effet d’une augmentation symétrique de la cotisation vieillesse déplafonnée, soit une perte de 0,8 milliard d’euros par la branche AT-MP.

DÉTAIL DES CHARGES, DES PRODUITS ET DU RÉSULTAT NETS DE LA BRANCHE AT-MP DES ROBSS DE 2022 À 2025 (P), HORS MESURES NOUVELLES

(en millions d’euros)

	2022	%	2023	%	2024 (p)	%	2025 (p)	%
CHARGES NETTES	12 962	4,5	13 823	6,6	14 340	3,7	14 934	4,1
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	9 958	4,1	10 418	4,6	10 940	5,0	11 413	4,3
Prestations ONDAM nettes	5 102	6,9	5 481	7,4	5 779	5,4	5 998	3,8
Prestations exécutées en ville	4 635	7,1	4 994	7,8	5 290	5,7	5 486	3,9
Prestations en nature	490	4,0	493	0,6	456	-7,5	479	4,9
Indemnités journalières	4 144	7,4	4 501	8,6	4 823	7,2	5 007	3,8
Prestations exécutées en établissements	468	5,3	486	4,0	499	2,6	512	2,7
Soins des français à l'étranger	0	–	0	–	0	-24,3	0	-11,9
Prestations hors ONDAM nettes	4 856	1,4	4 937	1,7	5 161	4,5	5 415	4,9
Prestations d'incapacité permanente	4 407	2,7	4 524	2,7	4 646	2,7	4 714	1,5
Allocations ACAATA	213	-7,7	206	-3,0	223	7,8	230	3,4
Actions de prévention (CZP, FPU, FNPAT)	200	-11,9	167	-16,7	252	++	430	++
Autres prestations (dont soins des étrangers)	36	-7,7	40	11,0	41	2,2	41	-0,3
TRANSFERTS NETS	2 054	8,4	2 486	21,0	2 435	-2,1	2 529	3,9
Transferts avec d'autres régimes de base	1 763	10,8	2 188	24,1	2 006	-8,3	2 108	5,1
Transfert d'équilibrage	374	-1,5	385	3,0	372	-3,4	367	-1,5
Prise en charge de cotisations au titre de l'ACAATA	43	-12,1	42	-1,2	46	8,2	47	3,4
Prises en charge de prestations	162	0,7	182	12,4	205	12,3	219	7,2
Reversement à la CNAV au titre de la pénibilité (2010, départs dérogatoires retraite CZP)	96	11,6	124	29,0	138	11,1	148	7,0
Reversement à la CNAV au titre de l'amiante	66	-11,8	58	-11,8	67	14,9	72	7,4
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	1 100	10,0	1 200	9,1	1 200	0,0	1 200	0,0
Transfert de compensation Acooss/RG lié aux AG Unédic	84	++	378	++	183	–	274	++
Transfert avec des fonds	244	-4,6	245	0,7	380	++	371	-2,5
Fonds amiante (FVA)	220	0,0	220	0,0	353	++	342	-3,1
FIR, fonds ONDAM	22	–	24	10,6	26	8,6	27	5,1
Autres fonds	2	-5,5	1	–	1	0,0	1	0,0
Transferts avec les complémentaires (PEC cotisations ACAATA)	48	-2,3	53	12,6	49	-8,6	51	3,4
CHARGES DE GESTION COURANTE	928	1,4	913	-1,5	963	5,4	990	2,8
AUTRES CHARGES NETTES	21	–	5	–	2	0,0	0	0,0
PRODUITS NETS	14 586	7,3	15 173	4,0	15 066	-0,7	15 480	2,7
COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS NETS	14 110	7,7	14 616	3,6	14 434	-1,2	14 843	2,8
Cotisations sociales brutes	14 110	8,3	14 754	4,6	14 439	-2,1	14 837	2,8
Cotisations sociales salariés	14 100	8,3	14 744	4,6	14 429	-2,1	14 818	2,7
Autres cotisations sociales	10	–	10	1,0	10	0,5	19	++
Cotisations prises en charge par l'État nettes	126	–	110	-12,6	130	18,4	132	1,3
Impôts et taxes	0	–	0	++	0	–	0	–
Majorations et pénalités	2	–	11	++	13	18,5	15	10,9
Charges liées au non-recouvrement	-128	-22,9	-259	++	-149	–	-141	-5,1
TRANSFERTS NETS	14	–	12	-14,5	12	0,0	12	0,0
AUTRES PRODUITS NETS	463	1,2	545	17,8	620	13,8	626	0,8
RÉSULTAT NET	1 625	–	1 350	–	725	–	546	–

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2024).

(1) Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Article 2 de l'arrêté du 27 décembre 2023 relatif à la tarification des risques d'AT-MP pour l'année 2024.

II. UN OBJECTIF DE DÉPENSES POUR 2025 EN FORTE HAUSSE

Aux termes de l'article 28 du projet de loi de financement, les dépenses de la branche AT-MP seraient de **17 milliards d'euros** en 2025, soit une hausse de 6,3 % par rapport aux 16 milliards d'euros fixés en 2024.

Particulièrement marquée si on la compare avec celle des branches agrégées des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss), laquelle est de 2,8 %, la progression de l'objectif tient compte, ainsi que le souligne l'exposé des motifs de l'article 28 :

– de la dotation aux deux fonds consacrés aux assurés exposés à l'amiante, soit 465 millions d'euros (+ 31,7 %) et 453 millions d'euros (+ 27,6 %) ;

– du transfert à la branche maladie pour la sous-déclaration des AT-MP, soit 1,6 milliard d'euros (+ 33,3 %) ;

– des dépenses engendrées par les dispositifs de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention (C2P), soit pour les deux régimes concernés 230,4 milliards d'euros (+ 14,5 %).

III. LE RETOUR D'UN DÉFICIT À MOYEN TERME

À partir de 2026, un pas supplémentaire serait franchi dans la baisse des cotisations de la branche AT-MP, contre un mouvement inverse au bénéfice de la branche vieillesse, alors que ses dépenses croîtraient à la faveur de revalorisations, de la meilleure prise en compte du déficit fonctionnel dans l'indemnité en capital ou la rente servie en cas d'incapacité permanente ⁽¹⁾ et de la création de 200 postes dans les caisses ainsi que de l'effort de 150 millions d'euros par an pour le fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (FIPU). Ces deux derniers items figurent dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée le 5 juillet 2024 entre l'État et la commission de la Cnam chargée des AT-MP.

Les années 2026 à 2028 enregistreraient un déficit de 0,5 milliard d'euros en moyenne.

(1) Voir le commentaire de l'article 24 du présent projet de loi de financement.

**ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DES RECETTES, DES DÉPENSES ET DU SOLDE
DE LA BRANCHE AT-MP DES ROBSS DE 2019 À 2028 (P)**

(en milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
	<i>Placss 2023</i>					<i>LFSS 2024</i>				s. o.
Recettes	14,7	13,5	15,1	16,2	16,8	17,1	17,7	17,7	18,3	
Dépenses	13,6	13,6	13,6	13,9	15,4	16,0	16,6	16,9	17,3	
Solde	1,1	- 0,1	1,3	1,7	1,4	1,1	1,1	0,8	1,0	
						<i>PLFSS 2025</i>				
Recettes	s. o.					16,7	17,1	17,0	17,6	18,1
Dépenses	s. o.					16,0	17,0	17,4	18,2	18,6
Solde	s. o.					0,7	0,2	- 0,4	- 0,6	- 0,5

Source : annexe A de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ; projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) de l'année 2023 ; annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

*

* *

Article 29

Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2025

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2025.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 300,2 milliards d'euros en 2024.

L'objectif de dépenses qui fait l'objet du présent commentaire constitue une disposition obligatoire au sens de la loi organique. La détermination d'objectifs de dépenses, bien que non contraignants, constitue l'une des raisons d'être des lois de financement.

Article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de l'année : [...] »

« 2° Fixe les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs. La liste des éventuels sous-objectifs et le périmètre de chacun d'entre eux sont fixés par le Gouvernement après consultation des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale ; »

L'objectif de dépense de la branche vieillesse présente naturellement un caractère particulier à deux égards :

– d'une part car il s'agit du premier poste de dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) ;

– d'autre part, compte tenu de la part que représentent les différents régimes au sein de cette branche, à la différence des branches famille ou autonomie, dans lesquelles le régime général constitue le seul régime de couverture de ces risques.

L'évolution des dépenses tient à un grand nombre de mouvements parfois contraires.

I. UNE FORTE HAUSSE DES DÉPENSES EN 2024, QUI S'EXPLIQUE PRINCIPALEMENT PAR LA REVALORISATION DES PENSIONS

● Le solde de la branche vieillesse des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale a connu une amélioration sensible pour l'année 2023. Le déficit des seuls régimes de base, hors Fonds de solidarité vieillesse (FSV), s'est établi à 1,9 milliard d'euros, soit une amélioration de 2 milliards d'euros par rapport à l'année précédente.

L'année 2024 marque toutefois le point de départ d'un nouvel accroissement des déficits puisque ceux-ci s'établiraient, sur le même champ à

6,3 milliards d'euros. Comme l'année passée, l'augmentation des dépenses (+ 6,8 %) serait essentiellement portée par l'évolution des prestations de retraite (+ 6,9 %). Au regard des données contenues dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024, et comme les années précédentes, trois principaux facteurs expliquent cette augmentation de la dépense :

– la hausse des effectifs de retraités, résultant à la fois des progrès de l'espérance de vie et de l'effet démographique lié à l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby-boom ». Ce double effet dégrade le ratio démographique du système de retraite dans son ensemble ⁽¹⁾. Il est ainsi passé de 1,6 cotisant pour un retraité au début des années 2000 à 1,3 cotisant pour un retraité aujourd'hui. Les relèvements successifs de l'âge légal au cours de la décennie 2010 conduisent à atténuer cet effet sans toutefois parvenir à le contenir intégralement, ce qui interroge sur la pertinence de cette politique ⁽²⁾. Ces données intègrent la montée en charge des mesures de report de l'âge de départ à la retraite à 64 ans et d'accélération de la mise en œuvre du relèvement de la durée d'assurance résultant de la loi de financement rectificative pour 2023 ;

– l'effet de noria, qui s'explique par le fait que les nouveaux retraités liquident des pensions de retraites dont le montant est en moyenne plus élevé que celui des retraités actuels du fait de carrières plus complètes, notamment chez les femmes, dont le taux d'emploi a progressivement augmenté ⁽³⁾ ;

– la revalorisation des pensions du fait de la forte inflation. Les règles d'indexation habituelle des pensions de retraite résultent en un décalage d'un an de la prise en compte de l'inflation sur le niveau des pensions et donc de sa répercussion sur les dépenses de retraites ⁽⁴⁾. Les retraites ayant fait l'objet d'une revalorisation de 5,3 % au 1^{er} janvier 2024, ce facteur explique 5,3 points de l'augmentation des droits propres, soit la quasi-intégralité de la hausse.

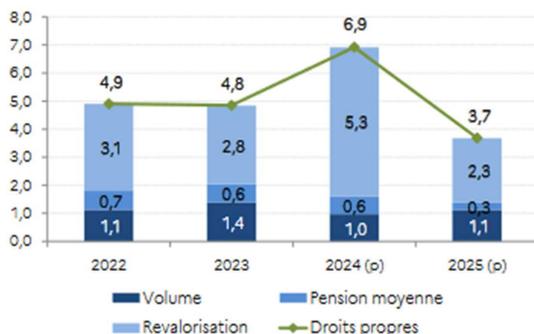
(1) Ratio entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités.

(2) Bien évidemment, et bien que cela ne fasse pas l'objet du présent commentaire, cet effet joue également pleinement pour les régimes complémentaires.

(3) La génération qui liquide aujourd'hui sa retraite à l'âge légal d'ouverture des droits, 62 ans et 6 mois, est née en 1962 et a donc connu une période d'activité des années 1980 aux années 2010 au cours desquelles le taux d'emploi des femmes a progressivement augmenté.

(4) Article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS FACTEURS À L'ÉVOLUTION DES DROITS PROPRES EN NEUTRALISANT LES EFFETS DE LA LIQUIDATION UNIQUE DES RÉGIMES ALIGNÉS (LURA)



Note de lecture : en 2023, la pension moyenne a contribué pour 0,6 point sur les 4,8 % de l'évolution des droits propres. Les prévisions pour l'année 2025 se fondent sur le tendanciel des dépenses et n'intègrent pas les mesures prévues par le présent projet de loi.

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024, p. 91.

La répartition de ces effets entre les différents régimes varie, en fonction de la structure des populations à la retraite et de celles qui liquident leurs droits au cours de l'exercice 2024. Les effets susmentionnés ont un impact avant tout sur le régime général, les régimes alignés et les régimes de la fonction publique qui verraient leurs prestations augmenter respectivement de 7,4 % et 6,4 %.

Les régimes spéciaux connaissent quant à eux une progression plus modérée des prestations légales, de l'ordre de 4,4 % avec d'importantes disparités. L'évolution du montant des prestations légales varie de -0,6 % pour le régime des mines (lié aux décès des pensionnés au sein de ce régime) à +5,9 % pour les assurés à la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) et pour ceux de la Banque de France.

• Contrairement à 2023, l'augmentation des dépenses ne serait pas compensée par la hausse des recettes bien que celles-ci s'accroîtraient davantage qu'en 2023 (+5,3 % par rapport à +4,9 %). En valeur absolue, l'écart entre la hausse des dépenses (+18,6 milliards d'euros) et celle des recettes (+14,4 milliards d'euros) serait donc d'un peu plus de 4 milliards d'euros. Autrement dit, une hausse limitée d'environ 0,57 point du taux de la cotisation déplaçonnée aurait permis d'équilibrer le système en 2024 ⁽¹⁾.

(1) Selon la Caisse nationale d'assurance vieillesse, une hausse d'un point de cotisation déplaçonnée entraîne une augmentation des recettes de 7,4 milliards d'euros, tandis qu'une hausse d'un point de cotisation plaçonnée génère 6,2 milliards d'euros supplémentaires.

LES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2023 ET 2024

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
2023	272,5	275,1	- 2,6
2024	287,4	293,7	- 6,3

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Ces prévisions prennent en compte les effets de la réforme des retraites adoptée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Comme le rappelle le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre, la combinaison des effets de la réforme pour l'année 2024 induirait des dépenses supplémentaires de l'ordre de 400 millions d'euros en 2024 essentiellement liées à la revalorisation du minimum contributif.

Elles intègrent également l'effet de la charge de transfert qui pèserait sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) au titre de la sous-compensation de la réduction dégressive sur les cotisations de retraite complémentaire des salariés affiliés à l'Agirc-Arrco et dont le montant devrait atteindre 780 millions d'euros, en légère baisse par rapport à 2023 (890 millions d'euros). En effet, l'Agirc-Arrco bénéficie d'une compensation « à l'euro près » des pertes de recettes provoquées par les exonérations de cotisations de retraite complémentaire applicables aux salaires compris entre 1 et 1,6 Smic ⁽¹⁾. Cette compensation est versée par l'Acoss, qui bénéficie pour ce faire, et depuis 2019, d'une affectation de TVA. Or le montant de TVA versé par l'État est aujourd'hui sous-calibré par rapport au montant de la compensation versée par l'Acoss à l'Agirc-Arrco. Selon les règles en vigueur, l'Acoss répercute cette sous-compensation sur le solde des branches du régime général, notamment l'assurance vieillesse.

II. UNE ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES CONSIDÉRABLEMENT FRÉINÉE ET DES MESURES EN RECETTES QUI AMÉLIORENT LE SOLDE

A. DES DÉPENSES LIÉES PRINCIPALEMENT À LA FORTE REVALORISATION DES PRESTATIONS LÉGALES

- Les dépenses s'établiraient, en 2025, selon le présent article, à 300,2 milliards d'euros, en hausse de 6,5 milliards d'euros par rapport à 2024, correspondant à une augmentation de 6,5 %. Ces montants marquent un net infléchissement des dépenses par rapport aux années 2022 à 2024 :

(1) Au titre de la réduction dégressive sur les bas salaires prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

**ÉVOLUTION DES MONTANTS ET DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES
DE LA BRANCHE VIEILLESSE DES ROBSS**

(en milliards d'euros)

	2021	2022	2023	2024 (p)	2025 (p)
Montants et objectifs des dépenses	250,5	263,3	275,1	293,7	300,2
Augmentation d'un exercice à l'autre (euros)	4,4	12,8	11,8	18,6	6,5
Augmentation d'un exercice à l'autre (pourcentage)	1,8 %	5,1 %	4,4 %	6,8 %	2,2 %

Source : annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

● Ce coup de frein s'explique essentiellement par la mesure prévue à l'article 23 du présent projet de loi, lequel organise le décalage de la date de revalorisation des pensions du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet. Comme cela est précisé au commentaire dudit article 23, cette mesure contribue à freiner les dépenses *via* un double effet :

– un effet volume lié au fait que les pensions ne seront revalorisées, par rapport à leur niveau de 2024, que pour six mois dans l'année ;

– un effet valeur lié au fait que les prévisions d'inflation sous-jacente à ce texte laissent apparaître qu'une revalorisation en juillet 2025 se ferait à hauteur de + 1,8 % tandis qu'une revalorisation dès janvier 2025 se traduirait par une hausse de 2,3 % du montant des pensions.

B. UN LÉGER REDRESSEMENT DES DÉFICITS EN 2025 QUI NE RÈGLE PAS LA SITUATION À LONG TERME

● L'augmentation des dépenses pour 2025 serait donc inférieure au rythme d'accroissement des recettes. Cet écart dans la progression entraîne une réduction du déficit de près de 3 milliards d'euros par rapport à 2024 (pour un solde de – 3,1 milliards d'euros).

La rapporteure pour la branche vieillesse ne peut naturellement que constater que l'effort considérable et indifférencié demandé aux retraités à travers le décalage de la revalorisation des pensions ne permet pas de combler le déficit de la branche, malgré un effet anticipé de 3 milliards d'euros de moindres dépenses. La situation est ainsi particulièrement préoccupante puisque le déficit de la branche vieillesse repartirait à la hausse en 2028, date à laquelle il pourrait atteindre 6,1 milliards d'euros.

ÉVOLUTION DES RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE L'ASSURANCE VIEILLESSE (ROBSS)

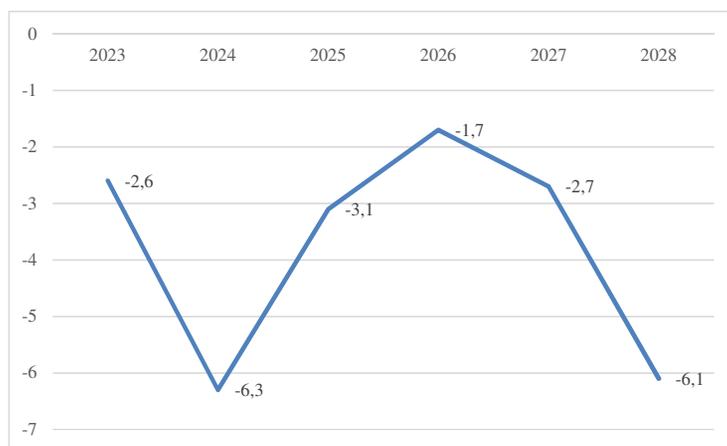
(en milliards d'euros)

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
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

Source : annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE L'ASSURANCE VIEILLESSE (ROBSS HORS FSV)

(en milliards d'euros)



Source : annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Par ailleurs, il faut rappeler que cette trajectoire financière intègre des mesures qui sont loin de faire l'unanimité, en dépenses comme en recettes :

- les effets de la réforme des retraites issue de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 qui continuent de monter en charge ;

- les effets pérennes du décalage de la date de revalorisation des pensions au 1^{er} juillet 2025 prévu à l'article 23 ;

- la hausse considérable du taux de cotisations employeur des agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière à la CNRACL au rythme de 4 points par an jusqu'en 2027 inclus qui sera prise par décret, laquelle se répercute d'ailleurs partiellement sur le solde de la branche maladie à travers les dépenses engagées par les hôpitaux à ce titre ;

- la réforme des allègements généraux prévue à l'article 6 qui prévoit notamment de restituer 2 points de cotisations d'assurance vieillesse au niveau du Smic en 2025, pour un montant estimé de 2,2 milliards d'euros (montant certes partiellement réduit par les mesures liées à la neutralisation des effets baissiers provoqués par cette réforme sur les recettes d'impôts sur les sociétés pour l'État) ⁽¹⁾.

(1) Voir le commentaire de l'article 8.

Les « coups de rabot » sur les pensions de retraite n'ont jamais constitué une politique viable financièrement ni juste socialement. Or, la viabilité financière et la justice sociale sont deux objectifs qui ne doivent pas être opposés par pure approche idéologique. Il apparaît donc urgent à la rapporteure qu'un débat sur les besoins de financement du système de retraites puisse s'engager afin de dégager des pistes d'équilibrage du système.

En la matière, la rapporteure croit en la responsabilité des partenaires sociaux et invite le Gouvernement à mettre en place une conférence de financement du système de retraites dès que possible.

*

* *

Article 30

Objectif de dépenses de la branche famille

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 59,7 milliards d'euros.

I. EN 2024, L'EXCÉDENT DE LA BRANCHE FAMILLE POURSUIT SA BAISSÉ CONSTATÉE DEPUIS 2022

A. L'EXCÉDENT DE LA BRANCHE SE RÉDUIT DEPUIS 2022

En 2023, la branche famille a connu un **excédent de 1 milliard d'euros**, en recul de 0,9 milliard d'euros par rapport à 2022.

En 2024, cet excédent poursuivrait sa diminution pour s'établir à **0,3 milliard d'euros** (– 0,7 milliard d'euros par rapport à 2023). Cette dégradation s'explique par le dynamisme des dépenses, soutenues par l'inflation, plus important que celui des recettes, marquées par un ralentissement de la masse salariale.

1. Les dépenses de la branche famille en 2024

Les dépenses de la branche famille en 2024 s'établiraient à **57,9 milliards d'euros, soit une progression de 3,9 % par rapport à 2023.**

- Cette hausse tiendrait d'abord à l'augmentation des **prestations légales nettes** à hauteur de **1,1 milliard d'euros (+ 3,5 %)**, en raison de leur revalorisation à hauteur de 4,6 % au 1^{er} avril 2024 sous l'effet, différé d'un an environ, de la forte inflation constatée en 2023. Cette progression du montant des prestations familiales est néanmoins en partie freinée par la dynamique constatée en volume, suite à la baisse de la natalité subie en 2023, qui se diffuse progressivement à l'ensemble des prestations familiales.

- Les **prestations extralégales nettes** progresseraient également en 2024 de **8 %**, soit **522 millions d'euros**, principalement sous l'effet de la montée en charge des investissements en faveur du service public de la petite enfance.

- Les **transferts à la charge de la Cnaf** connaîtraient, en 2024, une augmentation de l'ordre de **412 millions d'euros (+ 3,1 %)**, en raison de la majoration des pensions de retraite pour enfants (+ 6,1 %).

2. Les recettes de la branche famille en 2024

Les recettes de la branche famille s'établiraient à **58,2 milliards d'euros**, soit une progression de 2,6 % par rapport à 2023, sous l'effet de :

– la **croissance des cotisations des salariés** à hauteur de **1,3 milliard d’euros supplémentaires** (+ 3,9 %) ; portées par la progression de la masse salariale du secteur privé (+ 3,2 %) et par la faible augmentation des allègements généraux ;

– la **progression des recettes de contribution sociale généralisée (CSG)**, pour **500 millions d’euros** (+ 3,6 %) ;

– la **diminution des recettes fiscales affectées à la branche**, de l’ordre de **100 millions d’euros** (– 1,7 %), en raison d’une baisse de la quote-part de taxe sur les salaires attribuée à la Caisse nationale des allocations familiales, au bénéfice de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, et d’une forte baisse de la taxe sur les véhicules de société (– 27,2 %) ;

– des **charges liées au non-recouvrement** pour **194 millions d’euros**.

B. EN 2025, LE SOLDE DE LA BRANCHE FAMILLE SERA LÉGÈREMENT DÉFICITAIRE

En 2025, le solde de la branche famille devrait s’établir à **– 0,1 milliard d’euros** sous l’effet de dépenses qui, malgré leur décélération (+ 3,1 %), resteraient plus dynamiques que les recettes (+ 2,5 %).

1. L’évolution des dépenses de la branche famille en 2025

En 2025, les dépenses de la branche famille s’élèveraient à **59,73 milliards d’euros**, soit une **hausse de 1,8 milliard d’euros** (+ 3,1 %) par rapport à 2024.

● Les **prestations légales nettes** progresseraient de **844 millions d’euros** sous l’effet de leur revalorisation annuelle au 1^{er} avril 2025 de l’ordre de + 1,9 %. La linéarisation du complément de libre choix du mode de garde (CMG) prévue pour la fin de l’année 2025, dont le coût s’élèverait à 250 millions d’euros, serait neutralisée par l’effet volume résultant de la baisse des naissances constatée en 2023 et 2024.

● Les **dépenses de prestations extralégales** poursuivraient leur forte croissance à hauteur de **700 millions d’euros supplémentaires** (+ 9,9 %), en lien avec la montée en charge du service public de la petite enfance.

● Enfin, les **transferts à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales** augmenteraient de **240 millions d’euros en 2025** (+ 1,7 %), sous l’effet principalement de la progression des prises en charge des indemnités journalières au titre des congés maternité et paternité, soutenue par la croissance prévisionnelle des salaires et par un léger rebond attendu des naissances.

2. L'évolution des recettes de la branche famille en 2025

Les recettes de la branche famille s'établiraient à **59,67 milliards d'euros**, soit **une progression de 1,5 milliard d'euros (+ 2,5 %)** par rapport à 2024. Cette croissance modérée des recettes :

– serait principalement due au **dynamisme des cotisations** (+ 2,8 %) sous l'effet de l'augmentation de la masse salariale du secteur privé et du gel du bandeau famille ⁽¹⁾ ;

– bénéficierait également d'une **hausse des recettes de CSG** de l'ordre de 2,3 %, en lien avec l'évolution de la masse salariale ;

– résulterait de manière plus limitée de la **croissance des recettes fiscales** affectées à la branche (+ 1,6 %).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DES RECETTES DE LA BRANCHE FAMILLE ENTRE 2023 ET 2025

	2023	2024 (p)		2025 (p)			
	Montant (M€)	Montant (M€)	Évolution 2024/2023 (M€)	Évolution 2024/2023 (%)	Montant (M€)	Évolution 2025/2024 (M€)	Évolution 2025/2024 (%)
Dépenses	55 734	57 913	2 179	3,9 %	59 733	1 820	3,1 %
Prestations sociales	39 114	40 774	1 660	4,2 %	42 318	1 544	3,8 %
<i>dont prestations légales nettes</i>	32 588	33 726	1 138	3,5 %	34 570	844	2,5 %
<i>dont prestations extralégales nettes</i>	6 526	7 048	522	8 %	7 748	700	9,9 %
Transferts	13 488	13 900	412	3,1 %	14 140	240	1,7 %
Charges de gestion courante	3 104	3 223	119	3,8 %	3 258	35	1,1 %
Autres charges nettes	28	17	- 11	-	17	-	-
Recettes	56 750	58 200	1 450	2,6 %	59 672	1 472	2,5 %
Cotisations, contributions, impôts et taxes nets	55 732	57 079	1 347	2,4 %	58 550	1 471	2,6 %
Transferts	190	201	11	5,7 %	207	6	3,2 %
Autres produits	829	921	92	11,1 %	915	- 6	- 0,6 %
SOLDE	1 016	287	- 729	- 72 %	- 61	- 348	- 121 %

Note : M€ = millions d'euros.

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

⁽¹⁾ Le bandeau famille correspond à une réduction du taux des cotisations d'allocations familiales à la charge de l'employeur pour les salariés dont la rémunération annuelle n'excède pas 3,5 Smic.

II. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE PROGRESSENT EN 2025

L'article 30 du présent projet de loi de financement fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2025 à **59,7 milliards d'euros, en hausse de 1,8 milliard d'euros par rapport à 2024** (+ 3,1 %).

L'annexe du présent projet de loi prévoit, en 2025, un solde de la branche famille à l'équilibre avant de devenir temporairement négatif à partir de 2026 (– 0,5 milliard d'euros). À horizon 2028, la branche famille retrouverait un excédent de l'ordre de 0,9 milliard d'euros.

*

* *

Article 31

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale à 42,4 milliards d'euros pour l'année 2025.

I. L'ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE AUTONOMIE

A. EN 2024, LE SOLDE DE LA BRANCHE AUTONOMIE REDEVIENT TEMPORAIREMENT EXCÉDENTAIRE

En 2023, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a connu un **déficit de – 0,6 milliard d'euros**, en raison de dépenses très dynamiques (+ 6,9 %) résultant des mesures introduites par les LFSS 2021, 2022 et 2023, et de recettes moins dynamiques (+ 4,5 %), soutenues par la croissance de la masse salariale du secteur privé (+ 5,7 %) et par l'évolution à la hausse des retraites, qui constituent l'assiette de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa).

En 2024, la branche autonomie devrait retrouver un **excédent de l'ordre de 930 millions d'euros**, grâce à un transfert de 0,15 point de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), soit **2,6 milliards d'euros de ressources supplémentaires**.

1. Les dépenses de la branche autonomie en 2024

En 2024, les dépenses de la branche autonomie s'établiraient à **40 milliards d'euros**, en progression de **2,4 milliards d'euros (+ 6,4 %)**.

• Les dépenses de **prestations sociales** augmenteraient de **1,5 milliard d'euros (+ 4,8 %)** en 2024 par rapport à 2023, en raison :

– du **dynamisme des dépenses financées par l'objectif global de dépenses (OGD)** en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (+ 4,6 %), qui représenteraient 31,3 milliards d'euros en 2024, sous l'effet des mesures visant à poursuivre le virage domiciliaire, à améliorer le taux d'encadrement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), à créer de nouvelles places en établissement et des solutions supplémentaires pour les personnes handicapées, et à financer les revalorisations salariales dans le secteur médico-social ;

– de la poursuite de la croissance tendancielle (+ 8 %) des dépenses liées à **l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**, pour un montant total qui s'établirait à 1,6 milliard d'euros.

• Les **dépenses de transferts aux départements** seraient également très dynamiques, en hausse de **0,9 milliard d'euros (+ 15,9 %)**, dont 332 millions d'euros supplémentaires au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et 100 millions d'euros supplémentaires alloués au financement des services à domicile.

2. Les recettes de la branche autonomie en 2024

Les recettes de la branche autonomie s'établiraient à **40,9 milliards d'euros en 2024**, en hausse de **3,9 milliards d'euros (+ 10,6 %)** par rapport à 2023. Cette progression s'explique principalement par :

– la réaffectation prévue par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie ⁽¹⁾ de 0,15 point de recettes de CSG de la Cades à la CNSA pour un montant total estimé à 2,6 milliards d'euros ;

– le dynamisme des recettes affectées à la CNSA (+ 3,6 %) dont la Casa (+ 66 millions d'euros), la contribution solidarité autonomie (CSA) (+ 79 millions d'euros), ou encore la taxe sur les salaires (+ 117 millions d'euros).

B. EN 2025, AVANT MESURES NOUVELLES, LE SOLDE DE LA BRANCHE AUTONOMIE RESTERAIT LÉGÈREMENT EXCÉDENTAIRE

En 2025, la branche autonomie demeurerait excédentaire, avec un **solde positif qui s'établirait à 0,2 milliard d'euros**, sous l'effet d'un fort ralentissement des recettes (+ 2,1 %), et d'un dynamisme encore relativement soutenu des dépenses (+ 4 %).

• Avant mesures nouvelles prévues par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, les **dépenses** de la CNSA devraient progresser à hauteur de **1,6 milliard d'euros supplémentaires (+ 4 %)** par rapport à 2024, et s'élèveraient à **41,6 milliards d'euros**. Parmi les facteurs de cette augmentation, on retrouve :

– la progression des dépenses de l'OGD, pour 1,1 milliard d'euros (+ 3,5 %) ;

– le dynamisme des dépenses d'AEEH, pour 127 millions d'euros (+ 7,9 %) ;

– la croissance des dépenses de transferts aux départements, pour près de 400 millions d'euros (+ 6,8 %).

• Les **recettes** de la branche autonomie devraient connaître une augmentation de **841 millions d'euros (+ 2,1 %)** en 2025, pour s'établir à **41,8 milliards d'euros**, du fait d'un moindre dynamisme de la CSG sur les revenus d'activité et de la CSA.

⁽¹⁾ Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

**ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DES RECETTES DE LA BRANCHE AUTONOMIE
ENTRE 2023 ET 2025**

	2023	2024		2025			
	Montant (M€)	Montant (M€)	Évolution 2024/2023 (M€)	Évolution 2024/2023 (%)	Montant (M€)	Évolution 2025/2024 (M€)	Évolution 2025/2024 (%)
Dépenses	37 579	40 000	2 421	6,4 %	41 593	1 593	4
Prestations sociales	31 441	32 937	1 496	4,8 %	34 153	1 216	3,7 %
dont prestations OGD	29 946	31 320	1 374	4,6 %	32 406	1 086	3,5 %
<i>dont OGD PA</i>	15 200	16 139	939	6,2 %	16 788	649	4 %
<i>dont OGD PH</i>	14 746	15 180	434	2,9 %	15 618	438	2,9 %
dont AEEH	1 481	1 600	119	8,1 %	1 727	127	7,9 %
Transferts	5 905	6 842	937	15,9 %	7 187	345	5 %
dont AVPF / AVA	140	505	365	261 %	542	37	7,4 %
dont subventions aux fonds, organismes et départements	5 338	5 791	453	8,5 %	6 182	391	6,8 %
<i>dont concours versés aux départements</i>	4 887	5 451	564	11,5 %	5 796	345	6,3 %
– APA	2 760	3 092	332	12,1 %	3 090	- 2	- 0,1 %
– PCH	917	940	23	2,6 %	959	19	2 %
– <i>Financement des Saad</i>	822	928	106	13 %	1 237	309	33,3 %
<i>dont autres transferts aux départements</i>	390	490	100	25,9 %	509	19	3,8 %
<i>dont participation aux dépenses du FIR*</i>	281	177	- 104	- 37 %	178	1	0,9 %
Charges de gestion courante	205	191	- 14	- 6,9 %	221	30	15,9 %
Autres charges nettes	28	30	2	6 %	32	2	6,5 %
Recettes	37 005	40 930	3 925	10,6 %	41 771	841	2,1 %
Contributions, impôts et produits affectés	36 541	40 601	4 060	11,1 %	41 636	1 035	2,5 %
Transferts	426	313	- 113	- 26,5 %	98	- 215	-
Autres produits	38	17	- 21	- 55 %	38	21	- 124 %
SOLDE	- 575	930	1 505	-	178	- 752	- 81 %

* Fonds d'intervention régional.

Source : commission des affaires sociales d'après rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

II. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE PROGRESSENT EN 2025

L'article 31 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2025 à **42,4 milliards d'euros**, en hausse de **2,4 milliards d'euros par rapport à 2024 (+ 6 %)**.

L'annexe du présent projet de loi prévoit, en 2025, un solde négatif pour la branche autonomie à hauteur de **- 0,4 milliard d'euros**, ainsi que sa dégradation dans les années suivantes sous l'effet de la création des 50 000 postes en Ehpad à horizon 2030, de la mise en place, d'ici 2030, de 50 000 solutions nouvelles pour les personnes en situation de handicap et leurs proches.

*

* *

Article 32

**Prévision des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)**

L'article 32 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – c'est-à-dire du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les dépenses du FSV devraient s'élever à 21,3 milliards d'euros en 2025, en augmentation de 0,9 milliard d'euros au regard du montant fixé pour 2023.

I. UN SOLDE EN EXCÉDENT POUR LA TROISIÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE

● Entre 2021 et 2022, le solde du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est amélioré de 2,8 milliards d'euros pour redevenir excédentaire à 1,3 milliard d'euros. La légère dégradation survenue en 2023 (1,1 milliard d'euros) se poursuivrait en 2024.

EXÉCUTION ET PRÉVISIONS DE SOLDE DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

(en milliards d'euros)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Solde	1,3	1,1	0,8	0,7	0,9	1,9	3,1

Source : annexe A du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Si aucune mesure de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ne concernait directement le FSV, la réforme des retraites adoptée en loi de financement rectificative ⁽¹⁾ comportait plusieurs dispositions qui affectent l'activité du FSV :

– l'article 18 de la loi a relevé, à compter du 1^{er} septembre 2023, le seuil de récupération sur succession de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASP) de 39 000 à 100 000 euros en droit commun tout en maintenant le seuil à 150 000 euros applicable jusqu'au 31 décembre 2029 dans les départements et régions d'outre-mer et à Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Jusqu'à présent, ces recouvrements atténuent la charge du FSV. La rapporteure saisit l'occasion que lui donne cet article pour réitérer son opposition au principe même de la récupération sur succession de l'ASP. Ce dispositif, qui s'applique à certaines aides sociales versées par les départements (aide sociale à l'hébergement, allocation de placement familial ou aide ménagère au titre de l'aide sociale), est une singularité qui n'a pas d'égal pour les autres minima sociaux ;

– le 1^o de l'article 3 du décret du 10 août 2023 portant application de certaines mesures de la réforme fixe à neuf mois la condition de résidence ouvrant

(1) Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées et aux autres allocations du minimum vieillesse pour lesquelles cette condition était auparavant de six mois ⁽¹⁾.

Selon les informations fournies par le président du FSV, ces mesures n'ont eu qu'une incidence financière marginale sur les comptes du Fonds en 2023. L'on rappellera toutefois qu'en 2022, les recouvrements sur successions ont eu pour effet de réduire la charge du FSV au titre du minimum vieillesse de 150 millions d'euros. Le relèvement des seuils de recouvrement devrait donc limiter progressivement cette réduction de charge, principalement à compter de 2024, première année de pleine d'application de cette réforme.

Les missions du Fonds de solidarité vieillesse

En application de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, le FSV finance :

– les allocations du minimum vieillesse aux personnes âgées, pour tous les régimes de retraite qui en assurent le service ;

– la prise en charge forfaitaire des cotisations de retraite, au titre de la validation gratuite de trimestres des périodes de chômage, pour le régime général, pour les salariés agricoles, la caisse de sécurité sociale de Mayotte, la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon et, depuis le 1^{er} novembre 2019, pour les travailleurs indépendants. À compter du 1^{er} janvier 2001, ce financement a été étendu à certains avantages vieillesse servis par les régimes de retraite complémentaires obligatoires (Arco et Agirc). Dans le cadre de la crise sanitaire, il doit aussi assurer, depuis mars 2020, le financement forfaitaire des trimestres d'assurance vieillesse validés au titre du dispositif d'activité partielle ;

– la prise en charge forfaitaire des validations gratuites de trimestres au titre d'autres périodes non travaillées. Cette mission englobe les périodes de volontariat de service civique ainsi que les arrêts de travail, pour le régime général, le régime des salariés et des non-salariés agricoles, le régime mahorais et celui applicable à Saint-Pierre et Miquelon. Depuis 2015, le FSV prend en charge, également sur des bases forfaitaires, les périodes de stage de la formation professionnelle des demandeurs d'emploi, ainsi que le complément de cotisations d'assurance vieillesse dans le cadre d'un contrat d'apprentissage, pour le régime général, pour les salariés agricoles et le régime de Saint-Pierre et Miquelon ;

– jusqu'à fin 2019, le FSV a assuré la prise en charge d'une partie des dépenses du minimum contributif (MiCo) servi par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (y compris les travailleurs indépendants) et la MSA (pour le régime des salariés agricoles).

Source : Fonds de solidarité vieillesse.

● En 2024, du fait du retournement de tendance marqué par une reprise de la progression du nombre des chômeurs à la charge du FSV, les dépenses du Fonds progresseraient plus fortement que ses recettes (+ 6,3 % pour les charges et + 3,9 % pour les produits). Le fonds consoliderait toutefois son excédent pour la troisième année consécutive, mais à un niveau plus faible qu'en 2023 (700 millions d'euros prévus contre 1,1 milliard d'euros en 2023). Bien que sensiblement dégradé de

(1) Décret n° 2023-752 du 10 août 2023 relatif à la revalorisation des minima de pension, à la pension d'orphelin, à l'allocation de solidarité aux personnes âgées et à l'assurance vieillesse des aidants.

600 millions d'euros par rapport à la prévision de la Commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2024 (1,3 milliard d'euros), l'excédent serait cependant conforme à la prévision initiale annexée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (700 millions d'euros contre 800 millions d'euros).

Effet sur les produits de la régularisation du nombre de chômeurs pour l'année 2021

Compte tenu du délai nécessaire à Pôle emploi pour stabiliser ses séries statistiques, le nombre exact de chômeurs de l'année 2021 n'a pu être connu qu'en début d'année 2023. La surestimation du nombre de chômeurs pour l'année 2021, tel que fixé dans l'arrêté des comptes du FSV de l'année 2021, a conduit le FSV à dépenser 434 millions d'euros en trop au titre de sa mission de prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs.

Cet indu a fait l'objet d'une régularisation qui, en vertu des principes comptables applicables, s'est imputée comme produits sur exercices antérieurs dans les comptes de l'année 2022, gonflant ainsi artificiellement les produits de cette année.

Ce traitement comptable a pour effet d'augmenter le taux de progression des produits 2021-2022 et de diminuer le taux de progression des produits 2022-2023.

Il est toutefois à noter que le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale n'a pas adopté le même traitement comptable de cette régularisation en l'imputant en atténuation de charges sur les dépenses de l'année 2022. Il en résulte une augmentation artificielle des prises en charge pour l'année 2023. Selon le rapport, cette régularisation explique à elle-seule près de 4 points de la hausse des prises en charge au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs attendues en 2023 (+ 9,4 %).

Autrement dit, ce qui vient gonfler artificiellement les recettes selon l'approche comptable retenue par le FSV, diminue facticement les dépenses selon l'approche retenue par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Source : Fonds de solidarité vieillesse.

S'agissant des recettes historiques du FSV, le rendement de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus du capital augmenterait de 3,6 % et les produits de CSG sur les retraites et les pensions d'invalidité de 6,4 %. Les recettes seraient ainsi en hausse de 4,8 %, un montant inférieur à la hausse des dépenses (+ 6,8 %) ce qui explique la dégradation du solde de près de 300 millions d'euros. L'annexe A prévoit que le solde du FSV s'établirait à 0,8 milliard d'euros en 2024.

II. EN 2025, DÉPENSES ET PRODUITS DEVRAIENT CROÎTRE À UN RYTHME SIMILAIRE

- En 2025, le rythme de hausse des dépenses ralentirait à 3,3 %.

Les dépenses relatives à la prise en charge des cotisations des chômeurs des régimes de base connaîtraient une croissance limitée (1,5 %) contribuant à hauteur de 0,9 point à la croissance attendue des dépenses. Ce phénomène résulte de la combinaison de deux facteurs aux effets inverses :

– les prévisions d’effectifs de chômeurs traduiraient un léger recul (10 700 chômeurs de moins, soit – 0,3 %) ;

– compte tenu de son indexation sur le Smic, la cotisation forfaitaire augmenterait mais elle ne serait plus soutenue par la hausse du taux de cotisations d’assurance vieillesse comme ce fut le cas en 2024 ⁽¹⁾ ;

S’agissant des prises en charge de cotisations d’assurance maladie, d’invalidité et d’AT-MP, leur évolution ralentirait légèrement (+ 6,4 % contre + 9,8 % en 2024). Comme pour 2024, cette hausse s’explique à la fois par la hausse de la cotisation de référence ainsi que par l’évolution en volume des indemnités journalières et des pensions d’invalidité.

S’agissant des charges au titre du minimum vieillesse, celles-ci progresseraient de 6,8 % en raison :

– de la revalorisation attendue au 1^{er} janvier 2024 (+ 2,3 %) ⁽²⁾ ;

– de la hausse en volume, donc essentiellement des effectifs, de 4,4 %.

• Les produits ralentiraient en 2025 sous l’effet de la normalisation de l’inflation. Leur hausse serait de 3,1 %.

Dans le détail, le rendement de la CSG sur les revenus du capital augmenterait de 3,6 % sous l’effet d’un regain de CSG sur les revenus du patrimoine après deux années de baisse (+ 3,6 %). La CSG sur les revenus de remplacement bénéficierait d’un effet d’assiette moindre qu’en 2024 en cas d’adoption du décalage de la date de revalorisation des pensions de retraite : d’une part le total du montant des pensions versé en 2025 ne comprendra que six mois de revalorisation et, d’autre part, la revalorisation escomptée en juillet 2025 devrait être vraisemblablement moins élevée que celle qui résulterait d’une revalorisation dès janvier 2025 (compte tenu de la normalisation de l’inflation).

(1) La cotisation forfaitaire versée par le FSV au titre des chômeurs est égale à l’assiette forfaitaire multipliée par le taux de cotisation vieillesse en vigueur. L’assiette forfaitaire est égale à 90 % du Smic horaire multiplié par la durée annuelle de travail.

(2) Le minimum vieillesse n’étant pas concerné par le décalage de la date de revalorisation des avantages de vieillesse prévu à l’article 23 du présent projet de loi de financement.

**CONTRIBUTION DES PRINCIPAUX FACTEURS À L'ÉVOLUTION DES CHARGES
ET PRODUITS NETS**

	2022	2023	2024 (p)	2025 (p)
Charges nettes	-6,4	7,0	6,8	3,3
Prises en charge de cotisations chômage	-7,4	5,4	3,3	0,9
Prises en charge de cotisations maladie	1,2	0,0	1,1	0,8
Prises en charge de cotisations au titre des stagiaires	0,1	0,0	0,0	0,0
Prises en charge de cotisations au titre de l'activité partielle	-0,5	0,0	0,0	0,0
Transferts régimes complémentaires	0,0	-0,1	0,0	0,0
Prises en charge de prestation au titre du minimum vieillesse	0,9	1,5	2,2	1,6
Autres charges nettes (dont cotisations pour stagiaires et apprentis)	-0,1	0,2	0,0	0,0
Produits nets	9,2	5,5	4,8	3,1
Capital	7,0	2,8	2,1	2,1
<i>dont CSG sur les revenus du capital</i>	<i>6,9</i>	<i>2,8</i>	<i>2,1</i>	<i>2,1</i>
CSG sur revenus d'activité, de remplacement et autres	2,4	2,6	2,7	1,0
Impôts et autres contributions	-0,1	0,1	0,0	0,0
Charges liées au recouvrement	-0,2	-0,1	0,0	0,0
Autres produits nets dont avantages de retraite et de préretraite	0,1	0,1	0,0	0,0

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024.

● Au total, l'annexe A du projet de loi de financement anticipe un solde excédentaire de 800 millions d'euros pour 2025.

La rapporteure constate que cette situation excédentaire contraste avec la dégradation du solde de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Les dispositions de l'article 8 du présent projet de loi de financement qui crée la possibilité pour les ministres chargés de la sécurité sociale et des comptes publics d'affecter tout ou partie des excédents du FSV à la Caisse nationale d'assurance vieillesse participe d'une logique de transfert au sein de la branche vieillesse, l'essentiel des dépenses du FSV concernant des assurés du régime général. Elle a certes un intérêt en matière de trésorerie mais elle ne résout pas la crise de financement du système de retraites, largement évoquée par la rapporteure dans le commentaire de l'article 29 relatif aux objectifs de dépenses de la branche vieillesse.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS

(Par ordre chronologique)

➤ *Table ronde avec des représentants des gestionnaires d'établissements médico-sociaux :*

– **Fédération hospitalière de France (FHF) *** – **M. Marc Bourquin**, conseiller en stratégie et responsable de l'articulation et de la coordination Parcours, proximité, autonomie et territoire, et **Mme Sandrine Courtois**, responsable du pôle Autonomie-parcours

– **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa) *** – **M. Jean-Christophe Amarantinis**, président confédéral, et **Mme Elsa Ptakhine**, déléguée générale

– **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (Fehap) *** – **Mme Élodie Hemery**, directrice de l'autonomie

– **Croix-Rouge française *** – **Mme Virginia Billon**, directrice de la filière Personnes en situation de handicap

– **Nexem *** – **Mme Dorothée Bedok**, directrice générale adjointe, et **M. Adrien Casseron**, direction du pôle Offre sociale et médico-sociale

– **Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa) *** – **Mme Clémence Lacour**, responsable des relations institutionnelles

➤ *Table ronde avec des grands groupes privés d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

– **Clariane *** – **M. Nicolas Mériqot**, directeur général France, et **M. Hervé de Trogoff**, directeur des affaires publiques et de la réglementation France

– **DomusVi *** – **M. Sylvain Rabuel**, président, et **M. Ludovic Boursin**, directeur des affaires publiques France

➤ **Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) *** – **M. John Pinte**, président, et **M. Thomas Gonzalez**, Marengo Conseil

➤ *Table ronde avec les fédérations d'aide à domicile :*

- **Adédom – M. Hugues Vidor**, directeur général
- **Aide à domicile en milieu rural (ADMR) – M. Jérôme Perrin**, directeur Développement et qualité
- **Fédération française des services à la personne et de proximité (Fedesap) *** – **Mme Anne Richard**, directrice Affaires publiques, et **M. Rémus Diaconescu**, administrateur et président de la commission Autonomie
- **Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA) – M. Vincent Vincentelli**, directeur du pôle Politiques publiques, et **Mme Clémence Marraud des Grottes**, chargée de mission médico-social
- **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa) *** – **M. Nicolas Hurtiger**, président du Synerpa Domicile
- **Fédération du service aux particuliers (Fesp) *** – **Mme Catherine Lopez**, directrice générale

➤ *Table ronde avec les associations agissant dans le domaine du handicap :*

- **Accompagner la réalisation des projets d'études de jeunes élèves et étudiants handicapés (Arpejeh) *** – **Mme Servane Chauvel**, déléguée générale, et **M. Jérémy Arnault**, chargé de mentorat – référent Ingénierie et formation
- **APF France Handicap *** – **Mme Malika Boubekour**, conseillère nationale en charge des questions liées à l'autonomie des personnes en situation de handicap
- **Fédération des associations pour adultes et jeunes handicapés (Apajh) – M. Jean-Christian Sovrano**, directeur général
- **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei) *** – **M. Luc Gateau**, président, et **Mme Lina Nathan**, chargée de plaidoyer et campagnes
- **Fédération nationale des associations au service des élèves présentant une situation de handicap (FNASEPH) – Mme Marie-Christine Philbert**, secrétaire, et **M. Arnaud Vella**, chargé de mission

➤ **M. Victor Castanet**, journaliste indépendant, auteur des livres-enquêtes *Les Fossoyeurs* et *Les Ogres*

➤ **Conseil d'orientation des politiques de la jeunesse – M. Antoine Dulin**, vice-président, président de la commission de l'insertion des jeunes, et **Mme Naouel Amar** et **Mme Camille Gaume**, secrétariat général

➤ *Table ronde avec des grandes entreprises de crèches :*

- **Babilou** * **M. Vincent Bulan**, directeur général
- **Les Petits Chaperons rouges** – **M. Sacha Tikhomirow**, directeur général
- **La Maison Bleue** – **Mme Claire Laot**, directrice générale

➤ *Table ronde avec les associations familiales :*

- **Familles de France** – **M. Charly Hée**, président national, et **Mme Jacqueline Delannoy**, trésorière
- **Confédération syndicale des familles** – **Mme Charlotte Barre**, secrétaire confédérale Famille/Santé
- **Fédération syndicale des familles monoparentales** – **Mme Josette Elombo**, présidente
- **Parents et féministes** * – **Mme Elsa Foucraut**, membre du bureau

➤ *Table ronde avec les organisations syndicales :*

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **Mme Jocelyne Cabanal**, secrétaire nationale, responsable de la politique de financement de la protection sociale, **M. Alain Galopin**, responsable du service protection sociale, et **M. Xavier Becker**, secrétaire confédéral
 - **Confédération générale des travailleurs (CGT)** – **M. Denis Gravouil**, secrétaire confédéral, et **M. Victor Duchesne**, conseiller confédéral
 - **Force ouvrière (FO)** – **M. Éric Gautron**, secrétaire confédéral en charge de la protection sociale collective, et **Mme Valérie Pontif**, assistante confédérale de M. Gautron
 - **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **Mme Christelle Thieffinne**, secrétaire nationale du secteur Protection sociale, et **Mme Anne Bernard**, chef de service Économie et protection sociale
 - **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **M. Léonard Guillemot**, chef de file Assurance maladie et financement de la protection sociale, et **Mme Laura Collay**, conseillère technique
- **Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)** – **M. Stéphane Pimbert**, directeur général, et **Mme Séverine Brunet**, directrice des applications

- **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)** – **Mme Anne Thiebeauld**, directrice des risques professionnels à la Cnam, et **M. Laurent Bailly**, adjoint de la directrice des risques professionnels
- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) *** – **M. Éric Chenut**, président, **Mme Séverine Salgado**, directrice générale, et **Mme Mary Plancq**, responsable Affaires publiques, direction des relations extérieures et de la communication
- **Les Entreprises du médicament (Leem) *** – **Mme Laurence Peyraut**, directrice générale, **M. Laurent Gainza**, directeur des affaires publiques, **Mme Marianne Bardant**, directrice des affaires juridiques et conformité, et **M. Matthieu Boudon**, responsable Financement & régulation
- **Union nationale des associations familiales (Unaf)** – **Mme Marie-Andrée Blanc**, présidente, **Mme Guillemette Leneveu**, directrice générale, **M. Jean-Philippe Vallat**, directeur des politiques et actions familiales et des études, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)** – **M. Renaud Villard**, directeur général, et **Mme Valérie Albouy**, directrice Statistiques, prospective et recherche
- **Conseil d'orientation des retraites (COR)** – **M. Gilbert Cette**, président, et **M. Emmanuel Bretin**, secrétaire général
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** – **M. Frédéric Favié**, président
- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR)** – **Mme Sandrine Lémery**, présidente du conseil de surveillance et **M. Adrien Perret** et **Mme Salwa Boussoukaya-Nasr**, membres du directoire
- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)** – **M. Thomas Fatôme**, directeur général, **Mme Marguerite Cazeneuve**, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, **Mme Veronika Levendof**, chargée des relations avec le Parlement, et **M. Damien Vergé**, directeur de la stratégie, des études et des statistiques
- **Urssaf Caisse nationale** – **M. Damien Ientile**, directeur général, **M. Emmanuel Dellacherie**, directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle, et **M. Emmanuel Laurent**, directeur de la direction centrale Trésorerie banque financement et investissement
- **Générique même médicament (Gemme) *** – **M. Jean-Louis Anspach**, président, et **M. Sébastien Trinquard**, directeur général

➤ **Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem) *** – **M. Pierre-Frederic Degon**, vice-président du groupe Affaires publiques (société Abbott), **Mme Nejma Saidani**, vice-présidente du groupe Affaires publiques (société Boston Scientific), **M. François-Régis Moulines**, directeur des affaires gouvernementales, et **M. Ritchcard Bervin**, chargé des affaires publiques

➤ *Audition conjointe :*

– **Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF)** – **Mme Alexine Geller**, chargée de mission au pôle Protection sociale-santé-vieillesse de l'Union nationale des associations familiales (Unaf), et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires à l'Unaf

– **Ligue contre le cancer *** – **Mme Camille Flavigny**, directrice Droits et soutien des personnes, spécialiste de la question des aidants

➤ *Table ronde sur la réforme des congés parentaux :*

– **Mme Hélène Périer** et **M. Grégory Verdugo**, professeur des universités

– **Mme Mathilde Guergoat-Larivière**, professeur des universités à l'Université de Lille, et **M. Mathieu Narcy**, maître de conférences au Conservatoire national des arts et métiers

➤ **Fédération française des entreprises de crèches** – **Mme Elsa Hervy**, déléguée générale, et **Mme Thérèse Majnoni d'Intignano**, vice-présidente (Les Paradis de Jules et Juliette)

➤ **Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep)** – **M. Augustin Vicard**, directeur

➤ **Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)** – **M. Nicolas Fraix**, responsable du département Capitalisation et développement des connaissances

➤ *Table ronde :*

– **Conseil national professionnel de la médecine du travail** – **Dr Christophe Collomb**, président, et **Pr Jean-François Gehanno**, premier vice-président

– **Société française de santé au travail** – **Pr Sophie Fantoni-Quinton**, présidente

➤ **People and Baby** – **M. Philippe Tapié**, président, **Mme Céline Vial**, responsable pédagogie et qualité, et **M. Cédric Dugardin**, directeur général

➤ **Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas)** – **M. Yves Calippe**, adjoint au maire du Mans, vice-président, et **M. Éric Signarbieux**, directeur général, et **Mme Sandy Paulon**, conseillère technique

➤ *Table ronde avec les ordres des professions de santé :*

– **Conseil national de l'Ordre des médecins *** – **Dr François Arnault**, président, **Dr René-Pierre Labarrière**, président de la section Exercice professionnel, et **M. Francisco Jornet**, directeur des services juridiques

– **Ordre national des infirmiers** – **Mme Sylvaine Maziere Tauran**, présidente, et **Mme Samira Ahayan**, secrétaire générale

– **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes *** – **Mme Marianne Benoît Truong Canh**, secrétaire générale, et **M. David Meyer**, chef de cabinet

– **Ordre national des chirurgiens-dentistes *** – **Dr Jean-François Largy**, membre du Conseil national de l'ordre

– **Ordre national des pédicures-podologues** – **M. Éric Prou**, président, et **M. Sébastien Moyne-Bressand**, vice-président

– **Ordre des masseurs-kinésithérapeutes** – **Mme Pascale Mathieu**, présidente, et **M. Jean François Dumas**, secrétaire général

– **Ordre national des pharmaciens** – **Mme Carine Wolf-Thal**, présidente du conseil national, et **Mme Hélène Leblanc**, directrice des affaires publiques

➤ *Table ronde avec les syndicats de médecins et d'étudiants en médecine :*

– **AvenirSpé *** – **Dr. Patrick Gasser**, président, et **Mme Gabrielle Vignaud**, cheffe de projets

– **Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) *** – **M. Lucas Poittevin**, président, et **Mme Dahlia Laktib**, vice-présidente chargée des perspectives professionnelles

– **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) *** – **Dr Franck Devulder**, président, et **Dr Bruno Perrouy**, président des Spécialistes

– **Fédération des médecins de France (FMF)** – **Dr Patricia Lefébure**, présidente, et **Dr Bernard Huynh**, président de la branche FMF SPÉ

– **Intersyndicale nationale des internes (ISNI)** – **M. Killian L'Helgouarc'h**, président, et **M. Thomas Citti**, vice-président

– **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)** – **M. Bastien Bailleul**, président

– **MG France *** – **Dr Agnès Giannotti**, présidente, **Dr Gilles Urbejtet** et **Dr Yohan Saynac**

– **Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR)** – **Dr Raphaël Dachicourt**, président

– **Syndicat des médecins libéraux (SML) *** – **Dr Mardoché Sebbag**, vice-président

– **Union française pour une médecine libre syndicat (UFMLS)** – **Dr Valérie Briole**, vice-présidente

➤ **Départements de France (DF)** – **M. Olivier Rochefou**, président de la Mayenne, vice-président et président du groupe de travail Grand âge

➤ **Union nationale des entreprises adaptées (Unea) *** – **Mme Julia Barone**, vice-présidente, **M. Sébastien Citerne**, délégué général, et **Mme Hortense de Cacquerey**, conseillère en affaires publiques

➤ **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath)** – **Mme Sophie Crabette**, secrétaire générale, **M. Alain Prunier**, vice-président, et **M. Raphaël Lenoir**, chargé de plaidoyer

➤ **Association des maires de France (AMF)** – **M. Frédéric Chéreau**, maire de Douai, vice-président et co-président de la commission santé

➤ *Audition conjointe :*

– **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Marie Daudé**, directrice générale, et **Mme Julie Pougheon**, cheffe de service et adjointe de la directrice générale

– **Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Pierre Pribile**, directeur, **Mme Delphine Champetier**, cheffe de service, adjointe au directeur, **M. Thomas Ramilijaona**, sous-directeur du financement de la sécurité sociale, et **Mme Capucine Grégoire**, conseillère à la sous-direction du financement du système de soins

Par ailleurs, le rapporteur général a reçu une contribution écrite de Nères *.

* *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

**ANNEXE N° 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS
À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

Projet de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
3	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-10, L. 731-11, L. 731-25, L. 731-37, L. 731-42, L. 781-29, L. 781-30 et L. 781-36
3	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	26
4	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
4	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	8
5	Code de la sécurité sociale	L. 613-1 et L. 621-3
5	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-13
6	Code de la sécurité sociale	L. 241-13, L. 241-2-1, L. 241-6-1, L. 241-13, L. 241-2-1 et L. 241-6-1 [abrogés] et L. 243-6-2
7	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1
7	Code des transports	L. 5553-11
7	Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004	131

8	Code de la sécurité sociale	L. 131-8, L. 135-4, L. 241-3 et L. 225-1-1
9	Code de la sécurité sociale	L. 138-10, L. 138-12, L. 138-13, L. 138-15, L. 138-19-1 à L. 138-19-7 <i>[abrogés]</i> , L. 138-19-8, L. 138-19-9 et L. 138-10
15	Code de la sécurité sociale	L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-12-20
16	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-1, L. 162-19-1 <i>[abrogé]</i> et L. 314-1
16	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	20-5-6
17	Code de la sécurité sociale	L. 322-5
18	Code de la santé publique	L. 6146-3 et L. 6146-4
18	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-23-3
19	Code de la santé publique	L. 5121-33-1, L. 5125-23, L. 5215-1 <i>[nouveau]</i> et L. 5471-1
19	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4 et L. 162-19-2 <i>[nouveau]</i>
20	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-3
21	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	79
22	Code rural et de la pêche maritime	L. 321-5, L. 718-2-1, L. 722-7-1 et L. 722-7-2

		<p><i>[nouveaux]</i>, L. 722-10, L. 722-15, L. 722-16 <i>[abrogé]</i>, L. 722-17, L. 722-18, L. 727-1 <i>[abrogé]</i>, L. 732-17-1 <i>[abrogé]</i>, L. 732-18-1 à L. 732-18-4 <i>[abrogés]</i>, L. 732-22 <i>[abrogé]</i>, L. 732-24-1 à L. 732-34 <i>[abrogés]</i>, L. 732-37 <i>[abrogé]</i>, L. 732-38 <i>[abrogé]</i>, L. 732-41-1 à L. 732-51-1 <i>[abrogés]</i>, L. 732-53 <i>[abrogé]</i>, L. 732-54-5 à L. 732-55 <i>[abrogés]</i>, L. 731-3, L. 731-39, L. 732-18, L. 732-20, L. 732-21, L. 732-23, L. 732-24, L. 732-35, L. 732-35-1, L. 732-19, L. 732-39, L. 732-40, L. 732-41, L. 732-54-2, L. 732-54-3, L. 732-54-4, L. 732-60, L. 732-63, L. 761-22 et L. 761-23</p>
22	Code de la sécurité sociale	<p>L. 161-17-1-1, L. 161-17-2, L. 161-18, L. 161-19-1, L. 161-20, L. 161-21-1, L. 161-22, L. 161-22-1-1, L. 161-22-1-5, L. 161-23-1, L. 173-1-1, L. 173-1-2, L. 173-7, L. 323-2, L. 341-14-1, L. 351-1-2-1, L. 351-4, L. 351-6-1, L. 351-8, L. 381-2, L. 491-1, L. 544-8, L. 634-2-1, L. 634-6 et L. 821-1</p>
22	Code du travail	L. 5421-4
22	Loi n° 2010-1130 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites	20 et 21

22	Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites	36
22	Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgences pour la protection du pouvoir d'achat	11
23	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-54-2 et L. 732-63
23	Code de la sécurité sociale	L. 161-23-1, L. 351-10, L. 653-7-1 [nouveau], L. 1142-14 et L. 1142-17
23	Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint Pierre et Miquelon	5
24	Code de la sécurité sociale	L. 434-1 A [nouveau], L. 434-1, L. 434-2, L. 434-15, L. 434-16, L. 434-17, L. 452-2 et L. 452-3

ANNEXE N° 3 :
LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION

– Mercredi 16 octobre 2024 à 17 heures : Audition de Mme Geneviève Darrieussecq, ministre de la santé et de l'accès aux soins, M. Paul Christophe, ministre des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes, Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre du travail et de l'emploi, et M. Laurent Saint-Martin, ministre auprès du Premier ministre, chargé du budget et des comptes publics

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15550163_670fd289efe39.commission-des-affaires-sociales--audition-de-plusieurs-ministres-sur-le-projet-de-loi-de-financeme-16-octobre-2024

– Lundi 21 octobre 2024 à 17 heures : examen des articles du projet de loi (article liminaire à après l'article 3)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15574649_67166d1058372.commission-des-affaires-sociales--examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pou-21-octobre-2024

– Lundi 21 octobre 2024 à 21 heures 15 : examen des articles du projet de loi (article 4 à après l'article 5)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15576268_6716a504a8901.commission-des-affaires-sociales--examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pou-21-octobre-2024

– Mardi 22 octobre 2024 à 19 heures 20 : examen des articles du projet de loi (après l'article 5 [suite])

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15580265_6717b49aecf3a.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--22-octobre-2024

– Mardi 22 octobre 2024 à 21 heures 30 : examen des articles du projet de loi (article 6 à après l'article 6)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15590133_6717fbd78aca0.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--22-octobre-2024

– Mercredi 23 octobre 2024 à 15 heures : examen des articles du projet de loi (après l'article 6 [suite] à article 9)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15605093_6718f1626a89a.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--23-octobre-2024

– Mercredi 23 octobre 2024 à 21 heures 30 : examen des articles du projet de loi (après l'article 9)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15616933_67194c8c2b971.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--23-octobre-2024

– Jeudi 24 octobre 2024 à 9 heures 30 : examen des articles du projet de loi (après l'article 9 [suite] à article 14)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15619666_6719f5648f348.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--24-octobre-2024

– Jeudi 24 octobre 2024 à 15 heures : examen des articles du projet de loi (article 15 à après l'article 18)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15624712_671a433d4883a.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-plfss-pour-2025-24-octobre-2024

– Jeudi 24 octobre 2024 à 21 heures : examen des articles du projet de loi (après l'article 18 [suite] à après l'article 21)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15629107_671a9de1b1cd0.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-24-octobre-2024

– Vendredi 25 octobre 2024 à 9 heures 30 : examen des articles du projet de loi (articles 22 à 32)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.15631340_671b462d52802.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--25-octobre-2024