



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2025

Projet de loi de financement de la sécurité sociale

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

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

PLFSS 2025

SOMMAIRE

PLFSS 2025 - Annexe 9

<i>Article 3 – Alignement de l’effort contributif des non-salariés agricoles (NSA) sur celui des travailleurs indépendants dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base.....</i>	<i>6</i>
<i>Article 4 – Pérennisation du dispositif d’exonération de cotisations patronales lié à l’emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d’emploi (TO-DE) et relèvement du plafond d’exonération totale de 1,20 SMIC à 1,25 SMIC.....</i>	<i>16</i>
<i>Article 5 – Cumul de l’exonération applicable aux jeunes agriculteurs (JA) et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille</i>	<i>21</i>
<i>Article 6 – Réforme des allègements généraux de cotisations patronales.....</i>	<i>27</i>
<i>Article 7 – Rationalisation des exonérations sociales pour les contrats d’apprentissage, les entreprises d’armement maritime, les jeunes entreprises innovantes et les jeunes entreprises de croissance.....</i>	<i>40</i>
<i>Article 8 – Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale</i>	<i>49</i>
<i>Article 9 – Clarifier les modalités d’appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z.....</i>	<i>62</i>
<i>Article 13 – Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources permanentes auxquelles l’ACOSS peut recourir</i>	<i>75</i>
<i>Article 15 – Régulation des dépenses dans le champ conventionnel</i>	<i>82</i>
<i>Article 16 – Extension du champ de l’accompagnement à la pertinence des prescriptions</i>	<i>87</i>
<i>Article 17 – Améliorer l’efficacité des dépenses de transports de patients.....</i>	<i>96</i>
<i>Article 18 – Plafonnement des rémunérations des personnels non médicaux exerçant en intérim</i>	<i>102</i>
<i>Article 19 – Mesures de lutte contre les pénuries de produits de santé.....</i>	<i>109</i>
<i>Article 20 – Assurer une meilleure pertinence dans la prise en charge des dispositifs médicaux attestant d’une utilisation effective par le patient</i>	<i>119</i>
<i>Article 21 – Réforme du modèle de financement des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).....</i>	<i>126</i>
<i>Article 22 – Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles (NSA) sur le régime général.....</i>	<i>138</i>
<i>Article 23 – Décalage de la revalorisation des prestations d’assurance vieillesse au 1^{er} juillet.....</i>	<i>181</i>
<i>Article 24 – Améliorer l’indemnisation en cas d’accident de travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel.....</i>	<i>188</i>

Article 3 – Alignement de l’effort contributif des non-salariés agricoles (NSA) sur celui des travailleurs indépendants dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les modalités de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles (NSA) diffèrent sensiblement de celles de la retraite des assurés des régimes alignés (régime général et régime des salariés agricoles). La pension de base des NSA est composée d’une pension forfaitaire, qui renforce le caractère redistributif du régime, et d’une pension proportionnelle calculée sur la base des points acquis en fonction des revenus tout au long de la carrière d’exploitant. En comparaison, la pension servie par les régimes alignés est calculée sur la base des 25 meilleures années de revenus et ne comprend pas de base forfaitaire.

Pour le financement des prestations de retraite, les NSA sont ainsi redevables de cotisations dont le niveau est sensiblement inférieur à celui dû par des assurés des régimes alignés :

Taux de cotisations	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
Retraite forfaitaire (assurance vieillesse individuelle - AVI)	3,32 % - assiette minimale de 800 SMIC horaires		3,32 % - assiette minimale de 800 SMIC horaires		-
Retraite proportionnelle AVA – assurance vieillesse agricole	11,55 % dans la limite du PASS 2,36 % ¹ sur la totalité du revenu - assiette minimale de 600 SMIC horaires	11,55 % dans la limite du PASS 2,36 % ¹ 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 % ¹ sur la totalité du revenu - assiette minimale 450 SMIC horaires
Taux de cotisations retraite de base cumulé	17,23 %	13,91 %	14,87 %	11,55 %	17,87 %

Taux applicables au 1^{er} janvier 2026

Malgré les améliorations successives intervenues ces dernières années, qui se sont appliquées tant aux anciens qu’aux nouveaux retraités, le niveau des retraites agricoles reste faible : la pension brute moyenne pour un poly-pensionné de droit direct s’élève à 1 194 € fin 2021 (866 € pour les mono-pensionnés de droit direct), contre 1 531 € pour la moyenne des retraités résidant en France. A la suite des mesures de revalorisation des petites retraites agricoles en 2023, la retraite mensuelle moyenne de droit direct était de 1 320 € pour les poly-pensionnés et de 1 076 € pour les mono-pensionnés. Cette situation s’explique néanmoins par des niveaux de cotisation plus faibles. En outre, le régime de retraite des NSA souffre d’une relative

¹ Taux applicable pour les cotisations et contributions dues à compter du 1er janvier 2025 en application de l’article 3 du décret n° 2024-688 du 5 juillet 2024 fixant les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants

complexité qui le rend peu lisible pour les assurés. Certaines règles apparaissent aujourd'hui peu adaptées à la variabilité des revenus des exploitants agricoles.

Pour répondre à ces enjeux, l'article L. 732-24-1 du code rural et de la pêche maritime dispose que : « La Nation se fixe pour objectif de déterminer, à compter du 1er 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. » La transition de l'architecture actuelle vers des règles de calcul adossées sur celles du régime général, prenant en compte les 25 meilleures années de revenus, s'inscrit par ailleurs dans les solutions préconisées par les rapports d'inspections publiés ces dernières années.

La fiche d'évaluation de l'article 22 (corollaire de la présente fiche) présente les modalités de cette réforme.

La proposition de réforme du mode de calcul de la pension de vieillesse des non-salariés agricoles s'appuie sur les rapports d'inspections publiés ces dernières années dont le plus récent a été établi en application de la loi n° 2023-87 du 13 février 2023 visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction des 25 années d'assurance les plus avantageuses dès le 1er janvier 2026.

La réforme consiste à calculer à terme les retraites de base des non-salariés agricoles sur les 25 meilleures années de revenus. Elle vise à atténuer l'effet des variations de revenus sur les pensions de retraite. Elle s'inscrit dans une démarche de convergence progressive du mode de calcul avec celui du régime général, et s'accompagne d'une augmentation de l'effort contributif des exploitants agricoles pour aligner leur niveau de cotisations sur celui des autres travailleurs indépendants.

Le Premier ministre a confirmé le 27 avril dernier, l'alignement des taux de cotisations sur ceux des autres travailleurs indépendants présenté dans le rapport IGAS-CGAAER transmis au Parlement le 30 janvier 2024, relatif à la détermination de la pension de base des non-salariés agricoles en fonction des 25 meilleures années d'assurance. Ce scénario propose un alignement des taux de cotisations d'assurance vieillesse quel que soit le statut et les modalités d'exercice de la profession (à titre exclusif, principal ou secondaire) avec une assiette minimale de 600 SMIC horaires permettant de valider 4 trimestres (l'assiette de 600 SMIC horaires est forfaitaire pour les membres de la famille).

Dans ce rapport, il est rappelé que les cotisations des exploitants agricoles ne représentent que moins de 20 % des ressources de leur régime de retraite de base.

L'essentiel du financement procède en effet de taxes affectées par l'Etat (près de 40 % des ressources) et de la compensation démographique entre les différents régimes de sécurité sociale (près de 40 % des ressources également).

C'est pourquoi la mission préconise en contrepartie de la réforme des 25 meilleures années d'appliquer un alignement des cotisations des non-salariés agricoles sur celles des travailleurs indépendants.

La mission a ainsi recommandé d'instituer une assiette minimale annuelle de 600 SMIC horaires (correspondant à 4 fois 150 SMIC horaires, soit le niveau permettant de valider 4 trimestres par an), quelle que soit la catégorie de NSA concernée, activité à titre principal, exclusif ou secondaire.

Cet alignement des taux de cotisations sur celui des travailleurs indépendants induirait une recette supplémentaire à terme de 38 M€¹ et conduirait à une hausse de cotisations pour 69 % des chefs d'exploitation avec une augmentation annuelle moyenne de 190 € (soit environ 15 € en moyenne mensuelle).

Le relèvement des prélèvements de 38 M€ serait supporté pour moitié par les non-salariés agricoles (NSA) à titre secondaire, alors qu'ils ne représentent que 12 % des effectifs (mais avec un effet de rattrapage plus important, car ils partent d'un niveau de cotisations actuel plus bas). En contrepartie, ils devraient logiquement bénéficier des mêmes droits à pension que les NSA à titre exclusif ou principal (ouverture du bénéfice de la pension majorée de référence - PMR - et du complément différentiel de retraite complémentaire obligatoire – CD de RCO).

b) Mesure proposée

La réforme visant à calculer la retraite de base des exploitants agricoles selon la règle des 25 meilleures années devra s'accompagner d'un alignement de l'effort contributif, qui se traduira par un alignement des taux de cotisations de la retraite de base sur ceux des travailleurs indépendants non agricoles et des assiettes minimales, tout en conservant les spécificités agricoles en matière d'assiette triennale (permettant de lisser les revenus) et d'annualisation des cotisations (en vertu de laquelle les cotisations sont dues pour l'année entière lorsque l'exploitant est en activité au 1er janvier).

Ainsi, cette mesure se traduira par :

- 1) **La fusion des cotisations d'assurance vieillesse de base AVI et AVA due par les exploitants agricoles en une seule cotisation de retraite de base**, identique à celle due par les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime général. Cette cotisation de retraite agricole sera ainsi calculée pour partie sur la part de l'assiette inférieure ou égale au plafond annuel de la sécurité sociale et pour partie sur la totalité de l'assiette.
- 2) **Une augmentation du taux de cotisation d'assurance vieillesse de base de l'ensemble des exploitants agricoles afin de l'aligner sur celui applicable aux travailleurs indépendants affiliés au régime général :**
 - une augmentation du taux de cotisation due pour la part de l'assiette inférieure au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) à 17,87 %, (au lieu de 17,23 % actuellement **pour les chefs d'exploitation à titre exclusif ou principal**, soit une hausse de 0,64 point) :

¹ Sur le fondement des assiettes telles qu'elles sont connues en 2023.

Article 3 – Alignement de l’effort contributif des non-salariés agricoles (NSA) sur celui des travailleurs indépendants dans le cadre de la réforme du mode de calcul de la pension de retraite de base

- ✓ **actuellement** : 3,32 % au titre de l’assurance vieillesse individuelle (AVI) pour la retraite forfaitaire + 13,91 % au titre de l’assurance vieillesse agricole (AVA) pour la retraite proportionnelle (dont 11,55 % pour l’AVA plafonnée et 2,36 % pour l’AVA déplafonnée¹) soit 17,23 % jusqu’au PASS, puis 2,36 % au-delà ;
- ✓ **projet** : fusion des cotisations d’AVI et d’AVA et augmentation du taux de la cotisation fusionnée à 17,87 % sous le PASS et 0,72 % au-delà (le taux de la cotisation déplafonnée baissera donc de 2,36 % à 0,72 %) ;
- **pour les chefs d’exploitation à titre secondaire**, actuellement non redevables de la cotisation AVI, ils ne s’acquittent que d’un taux de cotisation sous le PASS équivalent à 13,91 %, la réforme entrainera donc une **hausse de 3,96 points de leur effort contributif** pour s’aligner sur le taux cible de 17,87 % ;
- **pour les membres de famille à titre exclusif ou principal**, actuellement non redevables de la cotisation déplafonnée de 2,36 %, **l’effort contributif de leur chef d’exploitation** est de 14,87 % et **va donc augmenter de 3 points, soit 17,87 % appliqué à l’assiette forfaitaire** ;
- **pour les membres de famille à titre secondaire**, actuellement non redevables ni de la cotisation AVI de 3,32 %, ni de la cotisation déplafonnée de 2,36 %, **l’effort contributif de leur chef d’exploitation** est de 11,55 % et **va donc augmenter de 6,32 points**.

3) **Une harmonisation de l’assiette minimale de la cotisation d’assurance vieillesse de base pour l’ensemble des non-salariés agricoles**

- une assiette minimale unique à 600 SMIC horaires pour les chefs d’exploitation (au lieu de 800 SMIC horaires pour l’AVI et de 600 SMIC horaires pour l’AVA), la coexistence de plusieurs assiettes minimales mentionnées ci-dessus apparaissant incompatible avec la règle des 25 meilleures années ; ce choix de l’assiette forfaitaire permettra d’éviter une baisse des droits acquis par les travailleurs non-salariés agricoles, s’agissant notamment du nombre de trimestres validés pour les assurés redevables de la cotisation minimale, en maintenant l’assiette minimale applicable aux non-salariés agricoles à hauteur du plus petit des montants des assiettes minimales actuellement applicables soit 600 SMIC horaires, au lieu de 450 SMIC horaires comme pour les travailleurs indépendants non agricoles ;
- une assiette forfaitaire de 600 SMIC horaires pour les membres de familles (collaborateurs et aides familiaux), alors qu’aujourd’hui, la cotisation AVI est assise sur les revenus du chef d’exploitation (dans la limite du PASS) avec une assiette minimale de 800 SMIC, tandis que l’assiette de la cotisation AVA est forfaitaire et égale à 400 SMIC horaires (quel que soit le revenu du chef d’exploitation).

Ces assiettes et taux seront applicables à l’ensemble des statuts, que l’activité soit exercée à titre principal, exclusif ou secondaire. Actuellement, les personnes exerçant une activité agricole à titre secondaire ne cotisent qu’à la retraite proportionnelle (AVA) et à la retraite complémentaire obligatoire (RCO). Ils ne sont pas éligibles aux minima de pensions (pension majorée de référence – PMR – du régime de base, et complément différentiel – CD – de la RCO) permettant d’atteindre une retraite globale à 85 % du SMIC net pour une carrière complète de chef d’exploitation à titre exclusif ou principal.

Cette assiette harmonisée sera appliquée concomitamment à la réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles, dès le 1^{er} janvier 2026.

L’alignement des taux de cotisations de retraite de base applicables aux non-salariés agricoles sur ceux applicables aux travailleurs indépendants affiliés au régime général se fera de manière progressive, jusqu’au 1^{er} janvier 2029, pour les chefs d’exploitation et d’entreprise exerçant à titre secondaire, ainsi que les collaborateurs d’exploitation et les membres de famille. Cet alignement progressif permettra de lisser les effets de la hausse de cotisations qui résulte de la réforme.

Scénario d’évolution progressive des taux de cotisations de retraite de base des NSA

	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 %		

¹ Taux applicables aux cotisations dues pour les périodes courant à compter du 1er janvier 2026.

c) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de procéder à l’alignement des modalités de calcul des retraites des non salariés des professions agricoles sur celles des assurés des régimes alignés, c’est-à-dire en fonction des 25 meilleures années de revenus, en maintenant inchangés les taux et les assiettes minimales et forfaitaires de cotisations d’assurance vieillesse des non salariés agricoles.

Toutefois, cette réforme prévoit l’application à l’ensemble des chefs d’exploitation de modalités de calcul des retraites plus favorables que celles actuellement applicables, permettant d’atténuer les effets des plus mauvaises années de revenus dans le calcul des pensions et contribuant ainsi à une augmentation du montant des prestations.

En outre, les chefs d’exploitation et les collaborateurs d’exploitation exerçant à titre secondaire, aujourd’hui non éligibles à la retraite forfaitaire, bénéficieront de l’alignement de la fusion des pensions de retraite proportionnelle et de retraite forfaitaire en une pension unique calculée sur la base des 25 meilleures années. Il en résultera ainsi une augmentation mécanique de leurs droits à retraites. Les chefs d’exploitation à titre secondaire bénéficieront par ailleurs de l’ouverture du bénéfice des minima de pension PMR et CD - RCO.

Cet alignement des droits (cf. fiche article 26) doit nécessairement s’accompagner d’un alignement de l’effort contributif des non-salariés, afin de garantir l’équilibre financier du régime d’assurance vieillesse des non-salariés agricoles. L’absence d’alignement du taux des cotisations de retraite de base sur ceux des non-salariés du régime général en contrepartie de la convergence des modalités de calcul des droits porterait atteinte au principe d’égalité et nuirait à l’atteinte de l’objectif de convergence entre les deux régimes.

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

Cette mesure a sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale au regard de son impact sur l’équilibre financier du régime d’assurance vieillesse des non-salariés agricoles conformément aux dispositions du c) du 1° de l’article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) qu’il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite une modification des articles L. 731-42 et L. 781-29 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Les cotisations sociales des non-salariés agricoles en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à la Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin ne sont pas assises sur les revenus professionnels, comme c’est le cas pour les NSA agricoles en métropole, mais sont calculées en fonction de la superficie réelle pondérée de l’exploitation.

Dans le cadre de la réforme de l’assiette sociale des travailleurs indépendants prévue par la LFSS pour 2024, une habilitation à légiférer par la voie d’une ordonnance, dans un délai de 18 mois permettra de réformer l’assiette sociale des NSA ultramarins, afin que leurs cotisations et contributions sociales soient à l’avenir assises sur leurs revenus professionnels comme en métropole. Cette réforme est un préalable indispensable à l’extension en outre-mer de la réforme du calcul de la retraite de base sur la règle des 25 meilleures années qui sera opérée par ordonnance dans le cadre de l’habilitation prévue à l’article 26 du présent projet de loi.

Dans l’attente de cette extension, la mesure prévoit que les dispositions relatives aux cotisations de retraite de base des NSA actuellement en vigueur resteront applicables aux NSA ultramarins.

Collectivités d’outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure non applicable (l’application sera prévue par l’ordonnance prévue à l’article 26 de la LFSS pour 2024)
Mayotte	Mesure non applicable (l’application sera prévue par l’ordonnance prévue à l’article 26 de la LFSS pour 2024)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure non applicable (l’application sera prévue par l’ordonnance prévue à l’article 26 de la LFSS pour 2024)
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La fusion des cotisations d’assurance vieillesse de base des NSA et l’alignement progressif des taux sur ceux applicables au régime général entraîne un gain pour le régime de 19,7 M€ en 2026. A la fin de la montée en charge en 2029, ce gain sera de +38 M€ par an. Ces estimations tiennent compte des évolutions de la population de cotisants de non-salariés agricoles, ainsi que des évolutions du SMIC.

Cette augmentation des recettes du régime est à mettre en regard du coût de la réforme du mode de calcul des pensions présenté à la fiche d’évaluation de l’article 26.

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

- Famille					
- Vieillesse			+ 19,4	+ 25,7	+ 31,9
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

La mesure entrainera une augmentation progressive, à compter du 1^{er} janvier 2026, des cotisations de retraite de base dues par les chefs d’exploitation agricole. Cette augmentation des prélèvements sociaux permettra une amélioration des droits retraites des assurés concernés. Afin de lisser l’impact sur les exploitations, cette augmentation sera appliquée graduellement aux cotisations des chefs d’exploitation à titre secondaire et à celles des collaborateurs d’exploitation et aides familiaux.

b) impacts sociaux

La mesure contribuera au financement de l’amélioration des droits à retraite des non-salariés agricoles qui résultera de la réforme des 25 meilleures années, détaillée dans la fiche d’évaluation de l’article 26. Ainsi, la réforme permettra d’écarter les moins bonnes années dans les modalités de calcul des pensions des exploitants agricoles, conduisant *in fine* à une amélioration des droits.

De même, l’ouverture de l’intégralité du régime de retraite de base agricole aux chefs d’exploitation exerçant à titre secondaire, aujourd’hui non éligibles à la retraite forfaitaire, entrainera mécaniquement une augmentation des pensions perçues par ces assurés, renforcée par l’ouverture du bénéfice des minima de pension (PMR et CD de RCO) à ces assurés.

Enfin, l’alignement du montant de l’assiette de la cotisation forfaitaire, due par les chefs d’exploitation pour chaque aide familial et chaque collaborateur d’exploitation, sur le montant de la cotisation minimale de retraite de base (600 SMIC horaires au lieu de 400 SMIC horaires actuellement) entrainera une augmentation des droits acquis par ces non-salariés.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l’environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure ne nécessite pas de démarches spécifiques de la part des cotisants.

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

La mesure nécessitera d’adapter les systèmes d’information des caisses de mutualité sociale agricole pour leur permettre de déterminer les droits à l’assurance vieillesse de base des non-salariés agricoles.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La mesure nécessite une modification des dispositions réglementaires du code rural et de la pêche maritime, notamment des articles D. 731-120 à D. 731-124 du code rural et de la pêche maritime relatives aux taux et à l'assiette minimale des cotisations d'assurance vieillesse de base des non-salariés agricoles. Un décret fixera les taux des cotisations de retraite de base applicables entre 2026 et 2028 dans le cadre de l'alignement progressif de l'effort contributif.

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

La mesure sera applicable aux cotisations dues au titre des périodes courants à compter du 1^{er} janvier 2026.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure devra faire l'objet d'une information aux assurés par la MSA, notamment sur le site des caisses du réseau de la MSA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure donnera lieu au suivi habituel en matière budgétaire et comptable.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 731-10 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 731-10 du code rural et de la pêche maritime après modification
Les cotisations à la charge des assujettis aux prestations familiales et aux assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles sont recouvrées par les caisses de mutualité sociale agricole. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. Le taux de la cotisation de prestations familiales est fixé en application de l'article L. 242-12 du code de la sécurité sociale.	Les cotisations à la charge des assujettis aux prestations familiales et aux assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles sont recouvrées par les caisses de mutualité sociale agricole. Le taux de ces cotisations est fixé par décret. Le taux de la cotisation de prestations familiales est fixé en application de l'article L. 242-12 du code de la sécurité sociale.
Article L. 731-11 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 731-11 du code rural et de la pêche maritime après modification
Les cotisations relatives aux prestations familiales, à l'assurance invalidité et à l'assurance vieillesse dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1 ^o de l'article L. 722-4 ne peuvent être inférieures à des minima définis par décret.	Les cotisations relatives aux prestations familiales, et à l'assurance invalidité et à l'assurance vieillesse dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1^o de l'article L. 722-4 ne peuvent être inférieures à des minima définis par décret.
Article L. 731-25 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 731-25 du code rural et de la pêche maritime après modification
Les personnes mentionnées à l'article L. 722-4 versent, au titre des prestations familiales, une cotisation pour elles-mêmes, à la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle elles sont affiliées. Cette cotisation, dont le taux est fixé par décret, est assise sur l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22. Son taux fait l'objet d'une réduction, dans les conditions prévues à l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale.	Les personnes mentionnées à l'article L. 722-4 versent, au titre des prestations familiales, une cotisation pour elles-mêmes, à la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle elles sont affiliées. Cette cotisation, dont le taux est fixé par décret identique à celui de la cotisation mentionnée au 2^o de l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale , est assise sur l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22 du présent code . Son taux fait l'objet d'une réduction, dans les conditions prévues à l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale.
Article L. 731-37 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 731-37 du code rural et de la pêche maritime après modification
Les cotisations dues par les retraités sont calculées en pourcentage des pensions de retraite servies pendant l'année en cours par le régime de base à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires.	Les cotisations dues par les retraités sont calculées en pourcentage des pensions de retraite servies pendant l'année en cours par le régime de base à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Leur taux est fixé par décret.
Article L. 731-42 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 731-42 du code rural et de la pêche maritime après modification
Les cotisations dues pour la couverture des dépenses de prestations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage sont à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise. Elles comprennent : 1 ^o Une cotisation due pour chaque personne non salariée âgée d'au moins seize ans, à l'exception des personnes mentionnées à l'article L. 732-28 et calculée, dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, en pourcentage de l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22 ; 2 ^o a) Une cotisation due pour chaque chef d'exploitation ou d'entreprise, calculée dans les conditions définies au 1 ^o ;	Les cotisations dues pour la couverture des dépenses de prestations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage sont à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise. Elles comprennent : 1^o Une cotisation due pour chaque personne non salariée âgée d'au moins seize ans, à l'exception des personnes mentionnées à l'article L. 732-28 et calculée, dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, en pourcentage de l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22 ; 2^o a) Une cotisation due pour chaque chef d'exploitation ou d'entreprise, calculée dans les conditions définies au 1^o ;

<p>b) Une cotisation due pour chaque aide familial défini au 2° de l'article L. 722-10 à partir de l'âge de seize ans ainsi qu'une cotisation due pour le collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5 ; l'assiette de ces cotisations est déterminée forfaitairement dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>3° Une cotisation à la charge de chaque chef d'exploitation ou d'entreprise, calculée sur la totalité de l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22.</p> <p>Les taux des cotisations mentionnées aux 1° à 3° ci-dessus sont fixés par décret.</p>	<p>b) Une cotisation due pour chaque aide familial défini au 2° de l'article L. 722-10 à partir de l'âge de seize ans ainsi qu'une cotisation due pour le collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5 ; l'assiette de ces cotisations est déterminée forfaitairement dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>3° Une cotisation à la charge de chaque chef d'exploitation ou d'entreprise, calculée sur la totalité de l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22.</p> <p>Les taux des cotisations mentionnées aux 1° à 3° ci-dessus sont fixés par décret.</p> <p>1° Pour chaque chef d'exploitation ou d'entreprise, une cotisation calculée pour partie sur l'assiette déterminée en application des articles L. 731-15, L. 731-16 et L. 731-22 retenue dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale et pour partie sur la totalité de cette assiette. Cette cotisation ne peut être inférieure à un montant fixé par décret.</p> <p>Les taux applicables à chacune de ces deux parts sont identiques à ceux déterminés en application de l'article L. 633-1 du même code ;</p> <p>2° Pour chaque personne mentionnée au 2° de l'article L. 722-10 du présent code à partir de l'âge de seize ans et pour chaque collaborateur d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5, une cotisation calculée sur une assiette forfaitaire fixée par décret.</p> <p>Le taux de cette cotisation est égal à la somme des taux de la cotisation mentionnée au 1°.</p>
<p>Article L. 781-29 du code rural et de la pêche maritime avant modification</p>	<p>Article L. 781-29 du code rural et de la pêche maritime après modification</p>
<p>Les dispositions des articles L. 722-16, L. 722-17, L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II du titre III du présent livre relatives à l'assurance vieillesse sont applicables aux personnes non salariées agricoles de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Mayotte, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section.</p> <p>Les caisses mentionnées aux troisième et cinquième alinéas de l'article L. 781-2 et au premier alinéa de l'article L. 781-44 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1er janvier 1990.</p>	<p>Les dispositions de l'article des articles L. 722-16, L. 722-17, L. 731-42 et celles de la section 3 du chapitre II du titre III du présent livre relatives à l'assurance vieillesse sont applicables aux personnes non salariées agricoles de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Mayotte, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin dans leurs rédactions antérieures à celles issues de la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025, dans les conditions et sous les réserves énoncées à la présente section.</p> <p>Les caisses mentionnées aux troisième et cinquième alinéas de l'article L. 781-2 et au premier alinéa de l'article L. 781-44 sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et l'allocation vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires antérieures au 1er janvier 1990.</p>
<p>Article L. 781-30 du code rural et de la pêche maritime avant modification</p>	<p>Article L. 781-30 du code rural et de la pêche maritime après modification</p>
<p>Ne sont applicables à l'assurance vieillesse en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin ni les articles L. 732-19, L. 732-21, L. 732-22, L. 732-24, L. 732-25, L. 732-26, L. 732-27 ni l'article L. 731-42 en tant qu'il fixe les modalités de calcul des cotisations mentionnées audit article, ni les dispositions contraires à celles de la présente section.</p>	<p>Ne sont applicables à l'assurance vieillesse en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin ni les articles L. 732-19, L. 732-21, L. 732-22, L. 732-24, L. 732-25, L. 732-26, L. 732-27 ni l'article L. 731-42 en tant qu'il fixe les modalités de calcul des cotisations mentionnées audit article, ni les dispositions contraires à celles de la présente section.</p>
<p>Article L. 781-36 du code rural et de la pêche maritime avant modification</p>	<p>Article L. 781-36 du code rural et de la pêche maritime après modification</p>

<p>La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation.</p> <p>Les modalités de calcul et les taux des cotisations prévues au 2° de l'article L. 731-42 sont fixés par décret. Les personnes morales de droit privé exploitant des terres sont assujetties au paiement de cette cotisation.</p>	<p>La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à celle issue de la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation.</p> <p>Les modalités de calcul et les taux des cotisations prévues au 2° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à celle issue de la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 sont fixés par décret. Les personnes morales de droit privé exploitant des terres sont assujetties au paiement de cette cotisation.</p>
<p>Article 26 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article 26 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale après modification</p>
<p>I. - Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre, par voie d'ordonnance, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :</p> <p>1° Rendre applicables aux travailleurs indépendants agricoles exerçant leur activité en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, sous réserve des adaptations nécessaires pour tenir compte des caractéristiques et des contraintes particulières de ces territoires, les dispositions relatives aux taux, au calcul et au recouvrement des cotisations et des contributions sociales mentionnées au chapitre Ier du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime et à la section 1 du chapitre VI du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des I et II de l'article 18 de la présente loi ;</p> <p>[...]</p>	<p>I. - Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre, par voie d'ordonnance, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :</p> <p>1° Rendre applicables aux travailleurs indépendants agricoles exerçant leur activité en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, sous réserve des adaptations nécessaires pour tenir compte des caractéristiques et des contraintes particulières de ces territoires, les dispositions relatives aux taux, au calcul et au recouvrement des cotisations et des contributions sociales mentionnées au chapitre Ier du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime et à la section 1 du chapitre VI du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des I et II de l'article 18 de la présente loi et de l'article ... de la loi n° ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 ;</p> <p>[...]</p>

Article 4 – Pérennisation du dispositif d'exonération de cotisations patronales lié à l'emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE) et relèvement du plafond d'exonération totale de 1,20 SMIC à 1,25 SMIC

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Dans le secteur agricole, le dispositif d'exonération applicable pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) permet aux employeurs agricoles qui embauchent des travailleurs saisonniers en CDD (ou en CDI sous certaines conditions), de bénéficier d'une exonération des cotisations patronales.

Ce dispositif a été pensé et conçu spécifiquement pour les employeurs de saisonniers agricoles afin de soutenir leur compétitivité.

Ainsi, ce sont exclusivement les employeurs de la production agricole primaire qui peuvent bénéficier de ce dispositif. En sont notamment exclus : les coopératives (transformation, conditionnement et commercialisation et coopératives d'utilisation de matériel agricole - CUMA), les paysagistes, les entreprises de service (tertiaire agricole) et les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers (ETARF), dont les activités justifient plutôt le recours à des salariés permanents.

De plus, l'exonération TO-DE est limitée à une période maximale d'emploi de 119 jours ouvrés par année civile pour un même salarié et n'est pas cumulable au cours de la même année civile avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales.

Particulièrement adaptée à l'emploi de travailleurs saisonniers, cette exonération est largement plébiscitée par les professionnels du secteur. Ainsi, en année pleine, près de 73 000 entreprises bénéficient du dispositif TO-DE, ce qui représente près de la moitié des employeurs de la production agricole. On dénombre plus de 900 000 contrats bénéficiant du dispositif, pour un volume d'activité de l'ordre de 150 millions d'heures par an, soit 25% du total des heures de travail dans le secteur de la production primaire.

Afin d'alléger le coût du travail et soutenir la compétitivité des entreprises de la production agricole face aux crises, économique, sanitaire, climatique et géopolitique qui ont affecté le secteur agricole français ces dernières années et pour faire face aux tensions de recrutement dans le secteur agricole, après plusieurs prolongations du dispositif TO-DE entre 2019 et 2023, la présente mesure a pour objet de le pérenniser et de porter le plafond de rémunération donnant droit à une exonération totale de 1,20 SMIC à 1,25 SMIC.

b) Mesure proposée

Le dispositif d'exonération TO-DE **soutient la compétitivité et l'emploi** du secteur de la production agricole.

Tout d'abord, la **réduction du coût du travail** permet de renforcer la compétitivité des entreprises agricoles françaises.

Par ailleurs, il constitue également un facteur d'attractivité pour les employeurs de saisonniers qui bénéficient le plus souvent d'une exonération totale de cotisations patronales en raison de la courte durée des contrats saisonniers (21 jours en moyenne) et de leur rémunération moyenne, laquelle s'élève à 1,14 SMIC. En comparaison, à ce niveau de salaire, le coefficient d'exonération des allègements généraux s'établit à 67 % contre 100 % pour le dispositif spécifique TO-DE (à 1,2 SMIC, ces proportions s'élèvent respectivement à 56 % pour les allègements généraux et 100 % pour le TO-DE).

Enfin, l'exonération TO-DE permet de **lutter contre le travail illégal** grâce à un niveau d'exonération maximal au niveau du montant moyen des salaires des saisonniers (taux de reste à charge d'environ 3,8 % sur un total de 43 %).

L'impact des multiples crises climatiques récentes (inondations, sécheresses, gels) et des conséquences économiques de la guerre en Ukraine rendent la pérennisation de ce dispositif indispensable, a fortiori pour les filières qui sont les plus fortes employeuses de main d'œuvre saisonnière, telles la viticulture, l'arboriculture, le maraîchage et l'horticulture.

Compte tenu de ce qui précède, il est proposé de pérenniser le dispositif d'exonération TO-DE et de porter le seuil de dégressivité de l'exonération à 1,25 SMIC au lieu de 1,20 SMIC, ce qui permettra de renforcer la compétitivité des employeurs de main d'œuvre saisonnière, tout en permettant également une hausse des salaires.

c) Autres options possibles

Si des dispositifs de subvention en soutien au secteur de la production agricole pourraient également contribuer à renforcer la compétitivité des entreprises agricoles françaises, par exemple à travers un mécanisme d'aide à l'investissement ou au développement des circuits courts, la portée de tels dispositifs semble plus réduite que le dispositif TO-DE et donc moins adaptée au regard des conséquences économiques des crises de ces deux dernières années. Par ailleurs, la mise en œuvre

de tels dispositifs serait également conditionnée à leur compatibilité avec la réglementation européenne en matière d'aides d'Etat. Enfin l'objectif de lutte contre le travail dissimulé serait plus difficile à atteindre.

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

Cette mesure a sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale au regard de son impact sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement :

- de l'année en cours pour le relèvement du plafond de rémunération donnant droit à une exonération totale à 1,25 SMIC, conformément aux dispositions du 1° de l'article LO. 111-3-6 du code de la sécurité sociale ;
- des années ultérieures pour la pérennisation du dispositif, conformément aux dispositions du c) du 1° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifie l'article L.741-16 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure supprime le 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

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

Collectivités d'outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure non applicable

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

Les salariés agricoles dans les départements et régions d'outre-mer sont affiliés au régime général. L'exonération TO-DE, propre au régime agricole, ne leur est donc pas applicable.

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Les impacts financiers (pérennisation du dispositif TO-DE et relèvement du plafond) pèsent en totalité sur l'Etat, puisque la mesure est intégralement compensée, conformément à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Le coût de cette mesure sur les comptes de la sécurité sociale est nul.

L'impact pour les années 2024 et 2025 correspond au coût du relèvement du plafond d'exonération totale à 1,25 SMIC à compter du 1^{er} mai 2024. A partir de l'année 2026, l'impact correspond au coût total du dispositif, compte tenu de sa prolongation et de sa pérennisation.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
Etat	- 14	- 18	- 624 dont : Passage à 1,25 SMIC : 18 Pérennisation : 606	- 636 dont : Passage à 1,25 SMIC : 19 Pérennisation : 617	- 648 dont : Passage à 1,25 SMIC : 19 Pérennisation : 629

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

a) impacts économiques

En relevant le seuil d'exonération des cotisations patronales liées à l'emploi des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE) et en pérennisant le dispositif dès 2026, la présente mesure soutient la viabilité économique des structures agricoles. En moyenne, près de 88 000 contrats par an, dont la rémunération est comprise entre 1,20 et 1,25 SMIC, pourront bénéficier d'une exonération totale de cotisations patronales au titre du présent dispositif, soit près de 10 % de contrats supplémentaires¹.

b) impacts sociaux

Les dispositifs d'exonération ne conduisent pas à obérer les droits sociaux des personnes bénéficiaires.

¹ Moyenne opérée sur les données 2022 et 2023 fournies par la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

La mesure pérennise les procédures encadrant déjà le traitement de l'exonération TO-DE au sein des caisses de mutualité sociale agricole (MSA).

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

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

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

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

Sans objet.

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

Le relèvement du plafond de rémunération donnant droit à une exonération totale s'applique aux périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} mai 2024. La pérennisation du dispositif entre en vigueur le lendemain de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure devra faire l'objet d'une information aux assurés par la MSA, notamment sur le site des caisses du réseau de la MSA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure donnera lieu au suivi habituel en matière budgétaire et comptable.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.741-16 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L.741-16 du code rural et de la pêche maritime après modification
<p>I.-Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.</p> <p>Pour l'application du premier alinéa du présent I, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale figurant à l'article L. 241-13 du même code sont remplacées par les cotisations de la retraite complémentaire obligatoire des salariés versées aux institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 727-2 du présent code.</p> <p>Les travailleurs occasionnels agricoles sont des salariés dont le contrat de travail relève du 3° de l'article L. 1242-2 ou de l'article L. 1242-3 du code du travail pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale mentionnées aux 1°, 3°, à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers, et 4° de l'article L. 722-1 du présent code et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.</p> <p>Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret.</p> <p>Pour les cotisations dues au titre des rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2019, l'exonération est totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 20 % et devient nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 60 %.</p> <p>Pour le calcul de l'exonération, la rémunération mensuelle et le salaire minimum de croissance sont définis dans les conditions prévues aux quatrième et cinquième phrases du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2010.</p> <p>[...]</p>	<p>I.-Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.</p> <p>Pour l'application du premier alinéa du présent I, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale figurant à l'article L. 241-13 du même code sont remplacées par les cotisations de la retraite complémentaire obligatoire des salariés versées aux institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 727-2 du présent code.</p> <p>Les travailleurs occasionnels agricoles sont des salariés dont le contrat de travail relève du 3° de l'article L. 1242-2 ou de l'article L. 1242-3 du code du travail pour des tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale mentionnées aux 1°, 3°, à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers, et 4° de l'article L. 722-1 du présent code et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles lorsque ces activités, accomplies sous l'autorité d'un exploitant agricole, constituent le prolongement direct de l'acte de production.</p> <p>Cette exonération est déterminée conformément à un barème dégressif linéaire fixé par décret.</p> <p>Pour les cotisations dues au titre des rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2019 1er mai 2024, l'exonération est totale pour une rémunération mensuelle inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 20 % 25 % et devient nulle pour une rémunération mensuelle égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 60 %.</p> <p>Pour le calcul de l'exonération, la rémunération mensuelle et le salaire minimum de croissance sont définis dans les conditions prévues aux quatrième et cinquième phrases du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction en vigueur au 31 décembre 2010.</p> <p>[...]</p>
<p>Article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 avant modification</p>	<p>Article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 après modification</p>
<p>[...]</p> <p>III.- Le chapitre Ier du titre IV du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>[...]</p> <p>4° Le même article L. 741-16 est abrogé à compter du 1er janvier 2026 ;</p> <p>[...]</p>	<p>[...]</p> <p>III.- Le chapitre Ier du titre IV du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>[...]</p> <p>4° Le même article L. 741-16 est abrogé à compter du 1er janvier 2026 ;</p> <p>[...]</p>

Article 5 – Cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs (JA) et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole âgés de 18 à 40 ans à la date de leur affiliation bénéficient, en application de l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime, d'une exonération partielle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse de base. Le bénéfice de cette exonération est de 5 ans à compter de la première année au titre de laquelle ces cotisations sont dues. Le taux d'exonération est de 65 % la 1^{ère} année, 55 % la 2^{ème} année, 35 % la 3^{ème} année, 25 %, la 4^{ème} année et 15 % la 5^{ème} année.

En application des articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale, cette exonération n'est pas cumulable avec les réductions de taux des cotisations maladie et famille.

Dans le cadre des mesures de soutien au pouvoir d'achat des actifs, la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a renforcé de 2,15 points au 1^{er} janvier 2018 la réduction du taux de la cotisation d'allocations familiales de l'ensemble des travailleurs indépendants¹. Le taux de la cotisation famille est donc nul pour les travailleurs indépendants dont les revenus sont inférieurs à 110% du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Il croît ensuite linéairement de 0 % jusqu'à 3,1 %, lorsque les revenus sont compris entre 110 % et 140 % du PASS. Au-delà de 140 % du PASS, le taux est fixé à 3,10 %.

En outre, l'article 3 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat a renforcé le caractère progressif du barème de la cotisation maladie dont le taux variait initialement de 1,5 % pour les revenus nuls à 6,5 %, à partir 51 000 € de revenu environ (110% du PASS). Depuis le 1^{er} janvier 2022, le taux de la cotisation maladie est nul pour l'ensemble des exploitants ayant des revenus inférieurs à 40 % du PASS (18 500 € environ) et est réduit pour les exploitants ayant des revenus inférieurs à 60 % du PASS (28 000 € environ).

L'absence de cumul entre l'exonération dont bénéficient les jeunes agriculteurs et les dispositifs de réduction de taux des cotisations de maladie et d'allocations familiales conduit parfois les bénéficiaires de l'exonération « jeunes agriculteurs », notamment à partir de la 4^{ème} année d'exercice, à acquitter des montants de cotisations supérieurs à ceux qu'ils auraient acquittés s'ils avaient bénéficié des réductions de taux de droit commun.

L'article 3 de la loi du 16 août 2022 précitée a instauré, à compter du 1^{er} janvier 2022, un droit d'option permettant aux jeunes chefs d'exploitation d'opter pour le dispositif le plus favorable entre les réductions de taux de droit commun et l'exonération « jeunes agriculteurs ».

Ce dispositif d'option constituait une avancée, mais il est souhaitable de leur permettre de bénéficier, jusqu'à la cinquième année d'activité, d'allègements de cotisations sociales supérieurs aux dispositifs de droit commun, afin de favoriser la pérennité de leur installation, d'améliorer immédiatement leur trésorerie et de les accompagner dans la période délicate qui suit l'installation notamment du fait des investissements nécessaires.

Il faut donc modifier l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime et les articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale afin de permettre cette évolution pour les travailleurs indépendants agricoles à compter des cotisations sociales dues au titre de l'année 2025.

b) Mesure proposée

Annoncée le 21 février 2024 dans le cadre des 70 engagements pris par le Gouvernement en faveur des agriculteurs, la mesure vise à permettre aux jeunes agriculteurs de cumuler l'exonération dégressive partielle des cotisations sociales dont ils bénéficient les cinq premières années d'activité avec les dispositifs de réduction des taux des cotisations maladie, invalidité et maternité et d'allocations familiales applicables à l'ensemble des travailleurs indépendants.

c) Autres options possibles

Une autre option consisterait à maintenir la législation actuelle mais cette option ne permettrait pas de satisfaire pleinement l'objectif d'accompagnement des jeunes agriculteurs en confortant leur trésorerie.

¹ Article L. 731-25 du code rural et de la pêche maritime et article L. 613-1 du code de la sécurité sociale.

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

Cette mesure a sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale au regard de son impact sur le taux des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base conformément aux dispositions du 2° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à cette mesure et celle-ci n'est pas contraire aux normes fixées par les traités du droit de l'Union européenne.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifie les articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale et L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Les réductions des taux maladie et famille de droit commun sont calculées en fonction du revenu servant d'assiette. Les cotisations des non-salariés agricoles dans les collectivités ultramarines étant calculées sur la base des surfaces pondérées et non des revenus, les dispositifs de réduction de taux en fonction du revenu ne leur sont donc pas applicables.

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier global de cette mesure s'élève à 25 M€ par an, compensé par l'État à la sécurité sociale.

Les dispositifs de réduction des cotisations maladie et famille des travailleurs indépendants sont compensés aux régimes de sécurité sociale concernés par l'affectation, pour solde de tout compte, de recettes fiscales. Le renforcement de ces réductions, consécutif à la présente mesure, sera compensé par ajustement de fraction de TVA affectée à la CNAM et du taux de taxe sur les salaires affectée aux branches famille et maladie.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie		0	0	0	0
- AT-MP					
- Famille		0	0	0	0
- Vieillesse					
- Autonomie					
État		-14 (maladie -11,1 (famille))	-14,3 (maladie -11,3 (famille))	-14,6 (maladie -11,5 (famille))	-14,8 (maladie -11,7 (famille))

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

a) impacts économiques

Cette mesure pourrait entraîner une baisse de cotisations maladie et d'allocations familiales due par 44 000 jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Elle permettra ainsi d'améliorer leur trésorerie et contribuera à renforcer leur compétitivité.

b) impacts sociaux

Sans objet

• Impact sur les jeunes

Cette mesure contribuera à l'accompagnement des besoins d'investissement des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, âgés entre 18 et 40 ans à la date de leur installation, pour relever les défis d'attractivité et de renouvellement des générations en agriculture.

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

L'exonération JA et les taux dégressifs ne pouvant actuellement pas faire l'objet de cumul, les jeunes agriculteurs doivent comparer les deux dispositifs et identifier le plus favorable pour leur entreprise. Lorsque les dispositifs de droit commun sont plus favorables, ils doivent alors en demander l'application à leur caisse de mutualité sociale agricole. A compter de 2025, en permettant le cumul de l'exonération JA et des réductions de taux sans condition, la mesure permettra d'alléger la charge administrative des jeunes agriculteurs.

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

La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et le réseau de caisses locales de mutualité sociale agricole (MSA) seront en charge de la mise en œuvre de cette nouvelle mesure.

La mesure nécessitera une adaptation du système d'information des caisses MSA.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens budgétaires et de la gestion des emplois existants.

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

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

Cette mesure nécessitera la modification des articles D. 731-51 et D. 731-54 du code rural et de la pêche maritime.

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

Cette mesure entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025 et ne nécessite aucune mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des jeunes agriculteurs concernés sera réalisée sur le site des caisses de MSA et sur le site du ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire dans le cadre du suivi des mesures en faveur des agriculteurs.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure donnera lieu au suivi habituel en matière budgétaire et comptable par la CCMSA et par le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 613-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 613-1 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction dans la limite de 5,25 points, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 621-3.</p>	<p>Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction dans la limite de 5,25 points, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.</p>
Article L.621-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.621-3 du code de la sécurité sociale après modification
<p>I.-Les taux des cotisations mentionnées à l'article L. 621-1 dues par les travailleurs indépendants dont les l'assiette de cotisations, calculée en application de l'article L. 131-6, est inférieure à un montant fixé par décret font l'objet d'une réduction qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>II.-Le bénéfice de la réduction mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction et d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 613-1.</p>	<p>I.-Les taux des cotisations mentionnées à l'article L. 621-1 dues par les travailleurs indépendants dont les l'assiette de cotisations, calculée en application de l'article L. 131-6, est inférieure à un montant fixé par décret font l'objet d'une réduction qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>II.-Le bénéfice de la réduction mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction et d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 613-1 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.</p>
Article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime avant modification	Article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime après modification
<p>Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4, et des cotisations de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.</p> <p>Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui bénéficient de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent article peuvent opter pour un taux réduit de cotisations, selon les modalités prévues au I de l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale. Cette option s'exprime de manière définitive auprès des organismes mentionnés à l'article L. 723-3 du présent code.</p> <p>Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.</p>	<p>Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, à l'exception de la cotisation prévue pour financer les prestations mentionnées à l'article L. 732-4, et des cotisations de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.</p> <p>Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui bénéficient de l'exonération mentionnée au premier alinéa du présent article peuvent opter pour un taux réduit de cotisations, selon les modalités prévues au I de l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale. Cette option s'exprime de manière définitive auprès des organismes mentionnés à l'article L. 723-3 du présent code.</p> <p>Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.</p>

Article 5 – Cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs (JA) et des taux réduits de droit commun des cotisations maladie et famille

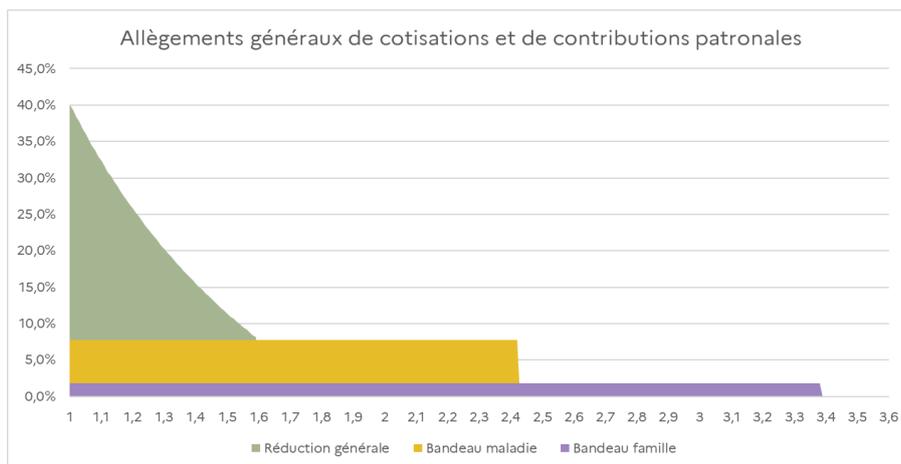
<p>Les taux d'exonération, le plafond des exonérations, le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables et les modalités d'exercice de l'option prévue au troisième alinéa du présent article sont déterminés par décret.</p>	<p>Les taux d'exonération, le plafond des exonérations, et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables et les modalités d'exercice de l'option prévue au troisième alinéa du présent article sont déterminés par décret.</p>
---	---

Article 6 – Réforme des allègements généraux de cotisations patronales

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

a) Problème à résoudre

Les dispositifs généraux de réduction des cotisations et contributions patronales, tout en ayant en partage de s'appliquer à l'ensemble des employeurs du secteur privé sans condition préalable autre que le niveau de rémunération, ont assez peu de caractéristiques communes par ailleurs¹. Ils diffèrent en effet dans leur forme (une réduction dégressive et deux réductions proportionnelles²), dans la plage de la rémunération qu'elles concernent (respectivement jusqu'à 1,6, 2,5 et 3,5 SMIC) mais aussi dans le champ des employeurs concernés (notamment au regard de ceux qui relèvent de régimes spéciaux).



Le dispositif actuel d'allègements généraux des cotisations et contributions sociales patronales (AG) est ainsi la résultante d'une succession de mesures intervenues depuis près de trente ans, dont la dernière étape significative en 2019 a consisté à étendre la réduction générale dégressive aux cotisations de retraite complémentaire et d'assurance-chômage et à remplacer le crédit d'impôt compétitivité (CICE), trop complexe et dont le bénéfice était différé par rapport à la décision d'embauche et aux coûts supportés par les entreprises, par une exonération de cotisations maladie de 6 points pour les revenus inférieurs à 2,5 SMIC.

Le dispositif actuel résultant de l'ensemble de ces évolutions fait l'objet de plusieurs critiques.

Tout d'abord, le coût très dynamique du dispositif invite à repenser certaines des règles actuelles. La prévision de coût des trois dispositifs d'allègements généraux pour l'année 2024 atteint en effet 78,4 Md€, soit une augmentation de près de moitié depuis 2020 (année marquée cependant par l'effet de la crise sanitaire) et plus de 30 % depuis 2021. Cette évolution s'explique pour partie par le choc inflationniste intervenu à partir de 2021 et les modalités d'indexation du SMIC qui ont à la fois renchéri la réduction générale en favorisant un tassement de la distribution des salaires au voisinage du SMIC et les réductions proportionnelles en décalant le niveau de rémunération auquel elles s'éteignent. À titre d'exemple, en 2019, pour une rémunération de 2 000 € bruts qui correspondait à 1,31 SMIC, le niveau des AG était de 220 €. En 2024, une rémunération de 2 000€ bruts ouvre droit à 443 € d'AG, soit le double, pour un niveau de salaire qui représente désormais 1,13 SMIC seulement.

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%

Face à ce dynamisme, une première mesure a été adoptée en LFSS pour 2024, visant à stabiliser le niveau de salaire maximal permettant de bénéficier des réductions proportionnelles des taux des cotisations patronales d'assurance maladie et

¹ Historiquement, elles correspondaient en effet à des objectifs différents : réduire les cotisations sur les bas salaires pour la réduction générale, reproduire les caractéristiques du CICE pour la réduction de cotisations maladie et assurer une baisse de cotisations pour les salaires de l'industrie, relativement plus importants que dans le reste de la population, pour la réduction de cotisations d'allocations familiales.

² Ces réductions proportionnelles sont parfois nommées en raison de leur représentation graphique respectivement « bandeau maladie » et « bandeau famille ».

d'allocations familiales à leurs niveaux de fin 2023. En 2024, ces dispositifs ne s'appliquent donc plus qu'aux rémunérations inférieures à 2,5 et 3,5 fois le niveau du SMIC applicable au 31 décembre 2023.

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
<i>Point de sortie correspondant (en SMIC courant prévisionnel)</i>	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
<i>Point de sortie correspondant (en SMIC courant prévisionnel)</i>	3,44	3,37	3,32	3,26

Cette mesure n'empêche pas que le coût global des dispositifs demeure très dynamique (+3,1% en 2024 selon les dernières prévisions).

Par ailleurs, la hausse rapide du SMIC ces dernières années a conduit à un rattrapage de certains salaires par le SMIC tout en étendant fortement la plage des allègements généraux à des niveaux de salaire qui auparavant n'en bénéficiaient pas, atténuant la dégressivité des allègements exprimée en valeur absolue. Une composante de la forte hausse du coût des AG est ainsi due au fait que la rémunération de certains salariés, auparavant supérieure 1,6 SMIC, est devenue inférieure à ces valeurs, compte tenu de la forte revalorisation du SMIC. Les rémunérations de ces salariés sont dès lors devenues éligibles à un montant d'exonération plus important que celui applicable précédemment, sans effet avéré sur l'incitation à l'emploi.

En outre, du fait de son caractère fortement dégressif, la réduction générale dégressive applicable jusqu'à 1,6 SMIC et maximale au niveau du SMIC, engendre un taux marginal d'imposition élevé, qui n'incite pas les employeurs à augmenter la rémunération de leurs salariés les moins bien rémunérés, au point que les économistes missionnés¹ en 2024 par le Gouvernement sur cette question identifient des effets probables de « trappes à bas salaires ». Ce risque est par ailleurs renforcé par les autres éléments du système socio-fiscal (prime d'activité, impôt sur le revenu) qui en parallèle de ces enjeux de coût pour les employeurs distinguent le gain marginal d'une augmentation salariale pour les salariés.

Subsidiairement, le maintien de trois dispositifs distincts, dont les périmètres respectifs ne sont pas tout à fait identiques, renforce la complexité d'ensemble et leurs profils différents nuisent à la lisibilité pour les acteurs économiques et ne facilitent pas la prise de décision.

Enfin, l'assiette de la réduction générale est incomplète en ce qu'elle ne comprend pas la prime de partage de la valeur alors que celle-ci représente des montants désormais conséquents pour un nombre important de salariés.

b) Mesure proposée

i. Réforme de la réduction générale de cotisations patronales en 2024, 2025 et 2026

La mesure consiste à créer, à partir du 1^{er} janvier 2026, un dispositif unique de réduction générale dégressive des cotisations sociales (RGD) qui s'appliquera à l'ensemble des salaires de montant inférieur à 3 SMIC, en supprimant en contrepartie les dispositifs de réduction proportionnelle des taux des cotisations patronales d'assurance maladie et d'allocations familiales. Ce nouveau point de sortie sera donc légèrement inférieur au point de sortie maximal actuel de la réduction proportionnelle famille (3,44 SMIC 2024) mais très supérieur au point de sortie de la réduction générale de cotisations (1,6 SMIC 2024).

Fixée par décret, la fonction de la dégressivité de la RGD, aujourd'hui linéaire en montant d'allègement, sera également modifiée au moment de la suppression des réductions proportionnelles sur les cotisations maladie et famille (2026), pour renforcer sa convexité. Cette modification dans la forme de la fonction permettra de conserver des allègements jusqu'au niveau de 3 SMIC, ainsi que de réaliser un lissage des taux marginaux d'imposition sur la plage des salaires concernés, tout en diminuant son coût.

a. *Mesures applicables pour l'année 2024*

Dès 2024, pour maîtriser le coût des dispositifs d'allègements généraux de cotisations et de contributions patronales la référence au SMIC pour le calcul du point de sortie de la réduction générale des cotisations et contributions patronales sera renvoyée pour son réglage fin à un décret, la loi fixant toujours un plancher (niveau du SMIC au 1^{er} janvier 2024 majoré de 60%) et un plafond (niveau du SMIC de l'année courante majoré de 60%) pour cet élément du calcul. Compte tenu de la revalorisation exceptionnelle de 2 % décidée par le Gouvernement, pour l'année 2024, la réduction générale continuera à prendre pour base de calcul le montant du SMIC au 1^{er} janvier 2024 pour l'ensemble de l'année.

En outre, **les primes de partage de la valeur (PPV) versées à compter du 10 octobre 2024, date de dépôt de la présente loi, seront intégrées à l'assiette** de rémunération prise en compte pour le calcul des allègements généraux. Enfin, le calcul de la réduction générale dégressive applicable aux rémunérations de l'année 2024 doit se faire, pour l'ensemble des secteurs, sur la base des rémunérations effectivement dues aux salariés, **sans tenir compte de la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnel (DFS)** applicable à certaines rémunérations. Le calcul de la réduction générale serait ainsi rendu plus équitable entre salariés touchant la même rémunération brute réelle.

- Pour les mois de novembre à décembre 2024, la formule de la réduction générale deviendra alors :

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

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

Où T correspond au taux maximal d'exonération au niveau du SMIC, soit 32,34% pour les employeurs soumis au taux de 0,5% pour le financement de l'allocation de logement social, et 31,94% pour les entreprises soumises au taux de 0,1%. Le gel du point de sortie à 1,6 SMIC du 1^{er} janvier 2024 conduit à une diminution progressive du point de sortie de la RGD en SMIC de l'année en cours. Le SMIC annuel en janvier 2024 valant 21 203,04 € et le SMIC en novembre 2024 valant 21 623,64 €, le point de sortie de la RGD en SMIC de novembre 2024 devient : 1,6*SMIC janvier 2024/SMIC novembre 2024 = 1,57.¹

b. Mesures applicables pour l'année 2025

Dès le 1^{er} janvier 2025, afin de répondre au double objectif de limitation des « trappes à bas salaires » et de maîtrise du coût des allègements généraux de cotisations, le montant maximal d'exonération de la réduction générale sera diminué de 2 points. En outre, les points de sortie des dispositifs de réduction proportionnelle des taux des cotisations patronales d'assurance maladie et d'allocations familiales seront respectivement ramenés à 2,2 et 3,2 SMIC. Cette réduction vise à préparer leur intégration dans la réduction générale dès le 1^{er} janvier 2026. La diminution du taux maximal d'exonération de cotisations patronales au niveau SMIC bénéficiera au seul régime général d'assurance vieillesse, contribuant ainsi au redressement des comptes de la CNAV.

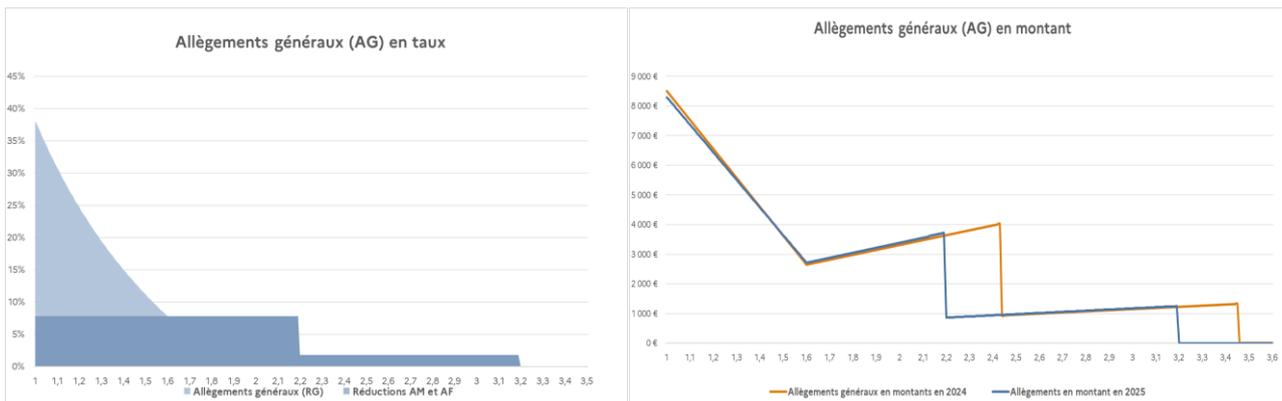
Cette première étape permettra une transition progressive pour les employeurs entre le dispositif actuel et celui qui sera mis en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2026, avec l'intégration des dispositifs de réduction proportionnelle au sein de la réduction générale et une nouvelle baisse du taux maximal d'exonérations de 2 points afin d'atteindre un taux maximal 4 points plus bas que le taux actuel. Cette évolution lissera les taux marginaux d'imposition pour l'ensemble des rémunérations qui seront concernées par la réduction générale (3 SMIC).

Définie à l'article D. 241-7 du code de la sécurité sociale, la formule de calcul de la RGD connaîtrait ainsi les évolutions suivantes :

- En 2025, le coefficient de dégressivité sera égal à :

$$\frac{T}{1,6 - 1} * \left[\frac{(1,6 * \text{SMIC de l'année en cours})}{\text{Rémunération annuelle brute}} - 1 \right]$$

Où T correspond au taux maximal d'exonération au niveau du SMIC. En 2025, celui-ci diminuera de 2 points. Il passera de 32,34 % à 30,34 %, pour les employeurs soumis au taux de 0,5 % pour le financement de l'allocation de logement social, et de 31,94 % à 29,94 % pour les entreprises soumises au taux de 0,1 %. Il passera de 32,34 % à 30,34 %, pour les employeurs soumis au taux de 0,5 % pour le financement de l'allocation de logement social, et de 31,94 % à 29,94 % pour les entreprises soumises au taux de 0,1 %.



Allègements généraux de cotisations et de contributions patronales en taux et en montant au 1^{er} janvier 2025 par part de SMIC
Nota : pour 2024, le SMIC est celui à son niveau au 1^{er} janvier

c. Mesures applicables pour l'année 2026

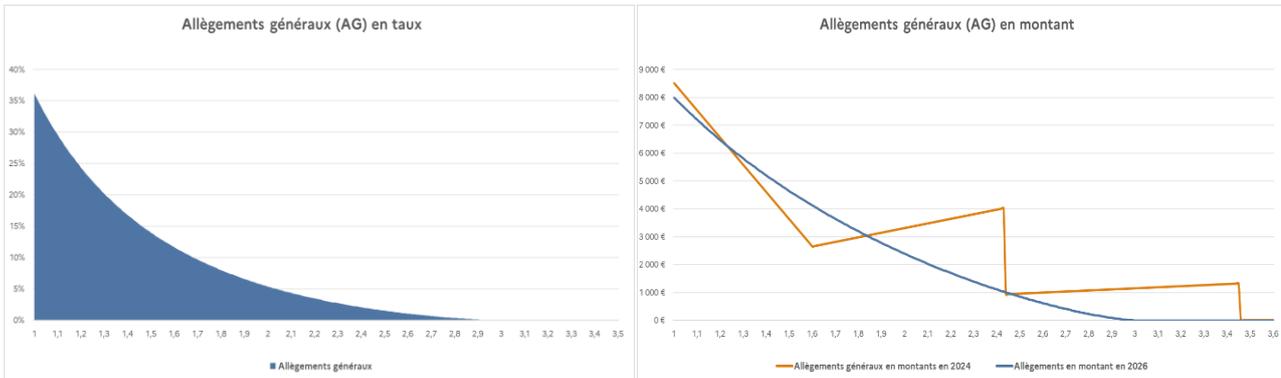
Ces modifications seront complétées en 2026 par la suppression des dispositifs de réduction proportionnelle de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales et la réforme de la dégressivité de la réduction générale.

- Au 1^{er} janvier 2026, la formule deviendra alors :

¹ Chiffres indicatifs non-définitifs

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

Où T , à son niveau du 1^{er} janvier 2025, sera augmenté partiellement pour prendre en compte la suppression des réductions proportionnelles des cotisations d’allocations familiales et d’assurance maladie et leur fusion dans la réduction générale de cotisations patronales. Minoré de 2 points supplémentaires, il atteindra 35,74% pour les employeurs soumis au taux de 0,1% pour le financement de l’allocation de logement social, et 36,14% pour les employeurs soumis au taux de 0,5%. **L’extension du point de sortie de la RGD à 3 SMIC** à la suite de la suppression des dispositifs de réductions de cotisations d’assurance maladie et d’allocations familiales est bien visible dans la formule. L’élévation à la puissance 1,37 de l’ensemble de la formule permet de **renforcer la convexité de la trajectoire de la RGD** et donc de conserver un montant d’allègements jusqu’au niveau de 3 SMIC tout en diminuant le coût du dispositif.



Allègements généraux de cotisations et de contributions patronales au 1^{er} janvier 2026 par part de SMIC
Nota : pour 2024, le SMIC est celui à son niveau au 1^{er} janvier

ii. Impacts sur les dispositifs d'exonérations spécifiques

D’autres dispositifs d’exonération sont aujourd’hui cumulables avec les deux réductions proportionnelles des cotisations d’assurance maladie et d’allocations familiales. Il s’agit des dispositifs d’exonérations zonées et ciblées en faveur de l’aide à domicile auprès de publics fragile (art. L.241-10 CSS), de certaines entreprises en outre-mer (art. L. 752-3-1 à L.752-3-3 CSS – dites LDOEOM), aux employeurs agricoles (art. L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, dites TO-DE) ou à certaines zones (art. L.241-19 du CSS : ZFRR, etc.). Celles-ci sont toutes construites sur le modèle de la réduction générale dégressive mais reposent sur une formule de calcul et des points de sortie dédiés, réservés aux employeurs et/ou salariés satisfaisant des critères spécifiques.

Une déclinaison mécanique de la réforme voudrait que la modification du coefficient maximum d’exonération de cotisations applicable au niveau du SMIC pour la réduction générale entraîne symétriquement une modification identique pour ces exonérations spécifiques. Il accroîtrait cependant également le coût du travail pour les entreprises concernées pour l’ensemble des rémunérations bénéficiant de ces dispositifs, soit une proportion des salariés plus importante que dans le cas général, leur dégressivité étant par ailleurs moindre que celle de la RGD. Cet effet est d’ailleurs prévu et mécanique pour deux dispositifs, dont le coefficient maximal est égal à celui applicable dans le cas général :

- la réduction de cotisations pour certaines entreprises implantées à la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et la Réunion (LODEOM, coût de 1,4 Md€ champ ASSO en 2023), définie à l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale ;
- l’exonération pour l’emploi de travailleurs occasionnels agricoles et assimilés (TO-DE, coût de 569 M€ champ ASSO en 2023), définie à l’article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime. Il est à noter que le PLFSS pour 2025 porte par ailleurs une mesure d’augmentation de la rémunération pour laquelle le taux maximum d’exonération s’applique (de 1,2 SMIC à 1,25 SMIC), annoncée à la suite de la crise agricole (article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime).

La baisse du taux maximum d’exonération n’est pas automatiquement répercutée pour le calcul des dispositifs d’exonérations spécifiques applicables aux aides à domicile employées par une association, une entreprise prestataire ou un particulier auprès d’une personne fragile (2 Md€ donc la moitié pour l’AAD applicable aux employeurs prestataires et l’autre pour les particuliers employeurs), définies à l’article L. 241-10 ou aux dispositifs d’exonérations zonées.

Une évolution mécanique de ces dispositifs mérite d’être instruite plus avant car une diminution du taux maximum d’exonération se justifie différemment dans des dispositifs qui sont par ailleurs aujourd’hui moins dégressifs que la réduction générale.

Par ailleurs, une modification de certains dispositifs est souhaitable afin d’en maîtriser le coût qui, comme les allègements généraux, a fortement progressé au cours de la période récente.

Aussi, une phase d’instruction spécifique ainsi que de concertation avec les secteurs professionnels et les territoires concernés, est nécessaire, ce qui conduit à proposer au Parlement d’habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnance afin de ménager un délai minimal nécessaire à ces travaux. Dans l’attente de l’entrée en vigueur effective de la réforme, les employeurs continueraient d’appliquer le droit en vigueur pour les dispositifs spécifiques. Selon les scénarios retenus, ils

seraient amenés à effectuer des régularisations durant l'année 2025, une fois les modalités d'application définies et mises à leur disposition par les organismes et les éditeurs de logiciels de paie.

En 2026, la suppression des réductions proportionnelles des taux de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales avec lesquelles elles se cumulent, la diminution supplémentaire du taux d'exonération maximal au niveau du SMIC, et la modification de la dégressivité de la réduction générale, affecteront également l'ensemble des employeurs appliquant ces dispositifs spécifiques pour tout ou partie de leurs salariés.

Cette évolution impliquera à la fois :

- une adaptation du coefficient maximal d'exonération pour tenir compte de la suppression des réductions proportionnelles, à défaut de quoi l'exonération spécifique perdra une grande partie de son avantage différentiel ;
- une clarification des modalités de compensation de cet ajustement, dont l'effet mécanique devrait être d'en retenir le coût budgétaire ;
- des adaptations de la réduction pour tenir compte du caractère dégressif « convexe » de celle des allègements généraux.

iii. Clarification de la doctrine juridique sur les règles générales de cotisations et d'exonération

Enfin, dans un objectif de sécurisation juridique, les dispositions relatives à la publication et à l'opposabilité de la doctrine applicable notamment en matière d'allègements généraux et de détermination de l'assiette des cotisations sociales sont précisées en vue de clarifier leur champ d'application qui s'entend de l'ensemble des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale, y compris l'IRCANTEC. Les modalités de concertation déjà en œuvre entre les régimes seront renforcées pour coordonner les réponses apportées aux cotisants. Par ailleurs, afin de garantir leur bonne information et une application harmonisée de la doctrine, une référence au Bulletin officiel de la sécurité sociale, créé en 2021, est introduite dans le code de la sécurité sociale.

c) Autres options possibles

La réduction des points de sortie des réductions proportionnelles des taux des cotisations patronales d'assurance maladie et d'allocations familiales, sans fusion des dispositifs, permettrait de maintenir, à ce stade, inchangé le montant des exonérations au niveau du SMIC, et laisserait également inchangé le taux marginal d'imposition sur l'ensemble de la distribution des salaires concernés par les trois dispositifs d'exonérations. Cependant, elle ne permettrait qu'une maîtrise limitée du coût des dispositifs et conserverait la complexité actuelle résultante de trois dispositifs d'allègements de cotisations patronales distincts.

Dans l'hypothèse d'une réforme-fusion des dispositifs, un maintien d'un taux de coefficient important au niveau du SMIC combiné au maintien d'une dégressivité linéaire aurait également pu être envisagée. Si, par rapport à la situation actuelle, elle présente aussi comme caractéristique intéressante une plus importante réduction de la pente pour les niveaux de rémunérations proches du SMIC ainsi que le maintien du taux d'exonération actuel à ce niveau, elle nécessite, à objectifs financiers identiques, un point de sortie de l'exonération beaucoup plus réduit (entre 2 et 2,1 SMIC environ).

Enfin, un *statu quo* n'est pas envisageable compte tenu du coût croissant du dispositif.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 241-2-1, L. 241-6-1, L. 241-13 et L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale sont modifiés ou abrogés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'estimation des effets financiers de cette mesure est soumise à de nombreuses hypothèses, liées notamment à l'ancienneté des données de masse salariale utilisées (2022) auxquelles est appliquée une hypothèse d'évolution selon les prévisions d'évolution de la masse salariale du secteur privé, faisant ainsi l'hypothèse d'une absence de déformation de la distribution.

Les estimations financières présentées ici sont donc des ordres de grandeur ayant pour objectif d'illustrer la sensibilité des effets financiers aux scénarios envisagés, elles doivent être utilisées avec toutes les précautions d'usage.

Pour 2024, l'économie correspond à l'intégration de la PPV dans la détermination du taux d'AG. La revalorisation du SMIC en novembre 2024 engendre mécaniquement une hausse du coût des AG, qui est estimée compensée par le gel du point de sortie de la réduction générale dégressive sur le niveau de janvier 2024.

L'économie réalisée en 2025 résulte de la baisse du taux maximum d'exonération de la RGD par le rétablissement de deux points de cotisations d'assurance vieillesse, tandis que l'économie sur les réductions de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales bénéficient directement aux deux branches concernées. À partir de 2026, les gains de la mesure sont conventionnellement répartis entre les branches comme ceux prévus pour 2025.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS	0,4	5,1	5,0	4,7	
- Maladie	0,1	2,2	2,1	2	
- AT-MP					
- Famille	0,1	0,3	0,3	0,2	
- Vieillesse	0,2	2,7	2,6	2,5	
- Autonomie					
Autres	0,2				
- Agirc-Arrco	0,1				

- UNEDIC	0,1				
- FNAL					

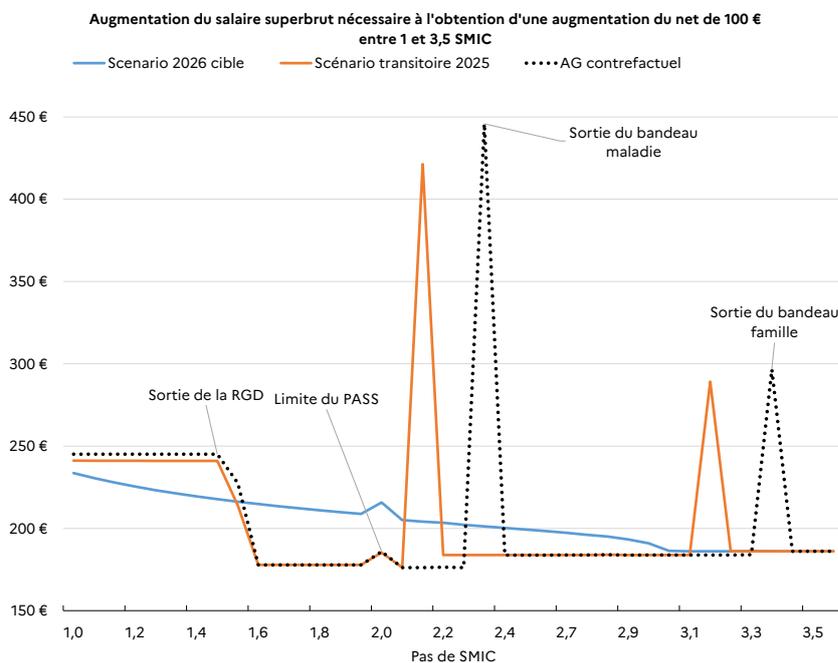
2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts sociaux

La refonte des AG en 2025 et 2026 aura pour effet :

- de réduire le niveau des exonérations de 1 à 1,3 SMIC, de 2,2 à 2,5 SMIC et de 3,2 à 3,5 SMIC dès 2025 et de 1,9 à 3,2 SMIC à partir de 2026 ;
- d'augmenter le montant des exonérations entre 1,3 et 1,8 SMIC à partir de 2026.

En 2026, elle permet ainsi un taux marginal d'imposition moins volatil selon le niveau de salaire et qui sera inférieur à celui constaté hors mesure pour les salaires allant jusqu'à 1,6 SMIC, ainsi que pour les salaires proches des seuils de 2,5 et 3,5 SMIC, ce qui a pour effet d'inciter davantage aux revalorisations salariales pour l'ensemble des salariés concernés.



L'impact sur l'emploi est fortement discuté par les économistes. Si plusieurs études semblaient considérer une forte élasticité-coût du travail essentiellement au niveau du SMIC, des travaux récents et qui n'ont pas pu être intégrés dans les modélisations gouvernementales indiquent plutôt que les emplois à bas salaires sont en réalité moins exposés à la concurrence internationale.

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

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

La mesure modifie les modalités déclaratives applicables aux employeurs concernés, tant de manière paramétrique que structurelle :

- l'ensemble des employeurs devra intégrer la suppression des réductions proportionnelles ;
- les employeurs bénéficiant de la réduction générale de cotisations patronales devront modifier les paramètres de la formule de calcul utilisée dans les logiciels de paye ;
- les employeurs bénéficiant des exonérations spécifiques faisant l'objet de l'habilitation devront tirer rapidement les conséquences des évolutions proposées puisqu'elles porteront sur l'année 2025.

Son application au 1^{er} janvier 2025 pourrait conduire au total à augmenter le volume des régularisations des cotisations sociales à la charge des employeurs, si ces derniers ne peuvent adapter à temps leurs déclarations sociales.

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

Les systèmes d'information et de recouvrement des caisses de sécurité sociales responsables devront être adaptés afin de prendre en compte la modification prévue par cet article, notamment en tant qu'ils tendent à fiabiliser le calcul des réductions générales et des exonérations spécifiques par les déclarants.

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

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

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

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

Deux décrets simples modifieront le montant maximal de l'allègement des cotisations patronales, respectivement pour 2025 et pour 2026. Le décret pour 2026 devra en outre modifier la formule qui détermine le coefficient applicable pour le calcul du dispositif unique de réduction des cotisations sociales patronales. Le paramétrage financier de la réforme combiné à l'objectif de maintenir un point de sortie à 3 SMIC implique en effet que la dégressivité de la réduction de cotisations patronales ne soit plus linéaire mais convexe.

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

Certaines dispositions de la mesure seront mises en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2025. Il s'agit de la diminution du point de sortie des dispositifs de réduction proportionnelle de cotisations patronales d'assurance maladie et d'allocations familiales et de la baisse du taux maximal d'exonération au niveau du SMIC. La fusion des dispositifs ne sera, quant à elle, mise en œuvre qu'à compter du 1^{er} janvier 2026.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes concernés devront garantir l'information des cotisants concernés des nouvelles modalités d'exonération dès l'entrée en vigueur de la mesure.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le dispositif est notamment suivi dans le cadre de l'annexe 4 au PLFSS et de l'annexe 2 au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, ainsi que de la rubrique « Allègements généraux » du Bulletin officiel de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Le taux des cotisations d'assurance maladie est réduit de 6 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 n'excèdent pas un montant, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à 2,5 fois le salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 2 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article L. 241-13, dans la limite de 2,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article L. 241-13.</p> <p>La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés aux 3° ou 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1er du titre 1er du livre VII du présent code.</p>	<p>[1^{er} janvier 2025, abrogé au 1^{er} janvier 2026]</p> <p>Le taux des cotisations d'assurance maladie est réduit de 6 points pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 n'excèdent pas un montant, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à 2,5 2,2 fois le salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 2 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article L. 241-13, dans la limite de 2,5 2,2 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article L. 241-13.</p> <p>La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés aux 3° ou 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1er du titre 1er du livre VII du présent code.</p>
Article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Le taux des cotisations d'allocations familiales est réduit de 1,8 point pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination des assiettes des cotisations définies à l'article L. 242-1 n'excèdent pas un montant, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à 3,5 fois le salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 2 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13, dans la limite de 3,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13.</p> <p>La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1er du titre 1er du livre VII du présent code.</p>	<p>[1^{er} janvier 2025, abrogé au 1^{er} janvier 2026]</p> <p>Le taux des cotisations d'allocations familiales est réduit de 1,8 point pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination des assiettes des cotisations définies à l'article L. 242-1 n'excèdent pas un montant, fixé par décret, qui ne peut être inférieur à 3,5 3,2 fois le salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 2 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13, dans la limite de 3,5 3,2 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13.</p> <p>La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre 1er du titre 1er du livre VII du présent code.</p>
Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale après modification
<p>I.-Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, les contributions mentionnées à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code ou créés par la loi, la contribution mentionnée au 1° de</p>	<p>Au 1^{er} janvier 2024</p> <p>I. – Font l'objet d'une réduction dégressive les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre [« des assurances sociales des assurances vieillesse et veuvage dans la limite du taux mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 241-3 diminué de deux [« quatre » au 1^{er} janvier 2026] points, de l'assurance maladie » au 1^{er} janvier 2025] et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du</p>

l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1^o de l'article L. 5422-9 du code du travail, à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 5422-12 du même code qui sont assises sur les rémunérations ou gains inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.

II.- Cette réduction est appliquée aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3^o de l'article L. 5424-1 du même code, à l'exception des revenus d'activité versés par les particuliers employeurs. Elle s'applique également aux gains et rémunérations des apprentis pour lesquels l'employeur n'est pas éligible à l'exonération prévue à l'article L. 6227-8-1 dudit code.

Cette réduction n'est pas applicable aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.

III.- Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, selon des modalités fixées par décret. Il est égal au produit des revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 et d'un coefficient.

Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre les revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie au quatrième alinéa du présent III et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont présents dans l'entreprise.

La valeur maximale du coefficient est fixée par décret, à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I du présent article. La valeur du coefficient décroît en fonction du rapport mentionné au deuxième alinéa du présent III et devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6.

La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté.

deuxième alinéa de l'article L. 241-5, les contributions mentionnées à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code ou créés par la loi, les contributions prévues à l'article L. 137-40 du même code, et les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1^o de l'article L. 5422-9 du code du travail à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 5422-12 du même code.

« Cette réduction s'applique aux rémunérations ou gains qui, après prise en compte du montant de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, sont inférieurs à un montant fixé par décret. Ce montant est compris entre le salaire minimum de croissance applicable au 1^{er} janvier 2024 majoré de [« 60% 200% » au 1^{er} janvier 2026] et le salaire minimum de croissance en vigueur majoré de [« 60% 200 % » au 1^{er} janvier 2026]. »

~~I.- Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, les contributions mentionnées à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code ou créés par la loi, la contribution mentionnée au 1^o de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1^o de l'article L. 5422-9 du code du travail, à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 5422-12 du même code qui sont assises sur les rémunérations ou gains inférieurs à un montant fixé par décret, qui ne peut être inférieur au salaire minimum de croissance applicable au 1^{er} janvier 2024 majoré de 60% et dans la limite du salaire minimum de croissance en vigueur majoré de 60%, font l'objet d'une réduction dégressive.~~

II.- Cette réduction est appliquée aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3^o de l'article L. 5424-1 du même code, à l'exception des revenus d'activité versés par les particuliers employeurs. Elle s'applique également aux gains et rémunérations des apprentis pour lesquels l'employeur n'est pas éligible à l'exonération prévue à l'article L. 6227-8-1 dudit code.

Cette réduction n'est pas applicable aux revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.

Un décret précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

IV.-Le rapport ou le coefficient mentionné au deuxième alinéa du III est corrigé, dans des conditions fixées par décret, d'un facteur déterminé en fonction des stipulations légales ou conventionnelles applicables :

1° Aux salariés soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010 ;

2° Aux salariés auxquels l'employeur est tenu de verser une indemnité compensatrice de congé payé en application de l'article L. 1251-19 du code du travail ;

3° Aux salariés des professions dans lesquelles le paiement des congés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du même code. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues par ces caisses au titre de ces indemnités.

V.-Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont précisées par décret.

VI.-Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.

Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception du cas prévus à l'alinéa précédent, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.

VII.-Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 du présent code et à l'article L. 6527-2 du code des transports en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article.

Pour les salariés expatriés mentionnés au a de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au e du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.

III.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, selon des modalités fixées par décret. Il est égal au produit des revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 et d'un coefficient.

Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre les revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie au quatrième alinéa du présent III, **majorés le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionné au I** et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont présents dans l'entreprise.

La valeur maximale du coefficient est fixée par décret, à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I du présent article. La valeur du coefficient décroît en fonction du rapport mentionné au deuxième alinéa du présent III et devient nulle lorsque ~~ce rapport est égal à 1,6~~ **la rémunération mentionnée au quatrième alinéa du III atteint le montant fixé par le décret prévu au I.**

~~La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté. La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1, majorée le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionnée au I.~~

Un décret précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

IV.-Le rapport ou le coefficient mentionné au deuxième alinéa du III est corrigé, dans des conditions fixées par décret, d'un facteur déterminé en fonction des stipulations légales ou conventionnelles applicables :

1° Aux salariés soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010 ;

2° Aux salariés auxquels l'employeur est tenu de verser une indemnité compensatrice de congé payé en application de l'article L. 1251-19 du code du travail ;

3° Aux salariés des professions dans lesquelles le paiement des congés et des charges sur les indemnités de congés est

<p>Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'Etat en application du même article L. 133-9.</p> <p>VIII.-(Abrogé)</p>	<p>mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du même code. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues par ces caisses au titre de ces indemnités.</p> <p>V.-Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont précisées par décret.</p> <p>VI.-Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable avec les déductions forfaitaires prévues aux articles L. 241-18 et L. 241-18-1.</p> <p>Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception du cas prévu à l'alinéa précédent, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.</p> <p>VII.-Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 du présent code et à l'article L. 6527-2 du code des transports en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article.</p> <p>Pour les salariés expatriés mentionnés au a de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au e du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.</p> <p>Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'Etat en application du même article L. 133-9.</p> <p>VIII.-(Abrogé)</p>
<p>Article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>I.-Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément au livre III du code des relations entre le public et l'administration ou dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du même code, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une</p>	<p>Au 1^{er} janvier 2025</p> <p>I.-Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale ou recouvrées par les organismes dans les conditions prévues au titre IV du livre II du code de la sécurité sociale selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction ministérielles du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément au livre III du code des relations entre le public et l'administration ou dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du même code, les organismes chargés du recouvrement mentionnés aux articles L. 213 1, L. 225 1 et L. 752 4, ne peuvent demander à</p>

interprétation différente de celle admise par l'administration.

II.-Le présent article s'applique aux organismes mentionnés aux articles L. 922-1 et L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

III.-A compter du 1er janvier 2019, un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants.

réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à aucun 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.

II.-Le présent article s'applique aux organismes mentionnés aux articles **L. 921-2-1**, L. 922-1 et L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte sur la législation relative à la détermination de l'assiette prévue à l'article L. 242-1, au calcul du plafond prévu à l'article L. 241-3 ou à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

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

~~III.-A compter du 1er janvier 2019, un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants.~~

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

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Les exonérations applicables au secteur de l'apprentissage

Les contrats d'apprentissage, qui peuvent être conclus par des employeurs privés comme publics, n'ont jamais été assujettis à la CSG ni à la CRDS depuis les créations de ces deux impositions universelles finançant les droits non contributifs de la sécurité sociale ainsi que le remboursement de la dette sociale. Cette exemption n'est d'ailleurs pas compensée par le budget de l'Etat, puisqu'antérieure à la loi du 25 juillet 1994. Comme souligné par la revue de dépenses IGAS-IGF sur l'apprentissage et la formation professionnelle (mars 2024), les apprentis font par ailleurs l'acquisition de droits sociaux contributifs à l'assurance chômage sans pour autant participer à son financement (via une fraction de la CSG activité). Selon une étude récente de l'UNEDIC, 165 000 sortants d'apprentissage ont ouvert un droit à l'assurance chômage, soit 8 % des allocataires en 2023. Ces allocations représentent 770 M€ de dépenses d'indemnisation pour le régime, sans cotisation des apprentis.

Ce non-assujettissement se cumule à une exonération partielle de cotisations sociales salariales, puisque seule la fraction de la rémunération supérieure à 79 % du SMIC est soumise à ces cotisations. Cette situation, largement héritée, peut d'autant moins perdurer qu'elle semble désormais ne participer que marginalement au développement de l'apprentissage, soutenu par d'autres outils développés depuis 2018.

Ainsi, les dépenses publiques consacrées à l'apprentissage sont passées de 6,1 Md€ en 2018 à 13,9 Md€ en 2022 et ont rendu l'apprentissage particulièrement attractif, notamment au niveau des prélèvements sociaux et fiscaux, alors même que ces dépenses souffrent parfois d'un manque de ciblage adéquat dans un contexte de contrainte accrue sur les dépenses publiques. Ce coût se cumule avec celui issu de l'exonération partielle de cotisations sociales porté par l'Etat, conformément à la logique de compensation des exonérations spécifiques.

L'analyse de la hausse du financement public en faveur de l'apprentissage relève en effet une multiplication des financements et des dispositifs incitatifs sans pour autant toucher les publics les plus pertinents ou être en rapport avec les coûts effectivement supportés lors d'une embauche d'apprentissage. Proposée par la revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle¹, la rationalisation des avantages sociaux est donc un moyen de renforcer l'efficacité des dépenses consacrées à l'apprentissage, notamment celles à la charge de la sécurité sociale, tout en assurant un ciblage en faveur d'apprentis à niveaux de diplômes réduits.

Ces mesures dérogatoires en matière de prélèvements sont par ailleurs sans équivalent dans les prélèvements sociaux sur les revenus d'activité, notamment au regard de la vocation exhaustive de l'assiette de CSG et de CRDS. Il convient ainsi de rappeler à titre d'illustration que les stagiaires sont assujettis à prélèvements sociaux dès que leur gratification dépasse le minimum légal (15 % du plafond de la sécurité sociale), beaucoup plus bas que 79 % du SMIC et qu'un salarié employé à temps partiel et qui se formerait en parallèle est assujetti aux prélèvements sociaux au 1^{er} euro.

Les exonérations applicables au secteur maritime

En matière d'entreprises d'armement maritimes, la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue a étendu l'exonération de cotisations employeurs au titre des risques famille et chômage aux navires de fret et de service à compter de 2018. Cette mesure avait pour objectif de renforcer l'attractivité du pavillon français et l'employabilité des navigateurs français.

Après plusieurs années d'application, le bilan de cette exonération est que les marins employés sur des navires de fret et de service perçoivent des rémunérations comprises entre 2,5 et 4 SMIC. Ce sont donc des emplois qualifiés pour lesquels la concurrence internationale repose davantage sur la compétitivité hors-prix (compétence, qualification, savoir-faire). Par conséquent, le dispositif d'exonération de cotisations patronales au bénéfice de personnels hautement qualifiés et employables relève d'un effet d'aubaine.

Les exonérations sociales applicables aux jeunes entreprises innovantes ou de croissances

L'exonération de cotisations patronales jeunes entreprises innovantes (JEI) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Ce dispositif a pour objectif de soutenir l'effort de recherche et d'innovation des jeunes PME en France. Seuls les personnels impliqués dans les activités de recherche et d'innovation donnent lieu à exonération sur une durée de 7 à 10 ans maximum après la création de l'entreprise. L'exonération est plafonnée à cinq fois le PASS et ne peut s'appliquer au-delà de 4,5 SMIC.

¹ IGAS-IGF, mars 2024

Le 1^{er} juin 2024 a été étendu ce régime social à une nouvelle catégorie, les jeunes entreprises de croissances (JEC), pour encourager le développement de startup dont la caractéristique est une croissance rapide.

Ces exonérations sont compensées par la mission recherche et enseignement supérieur du budget de l'Etat à hauteur de 270 M€ en 2023 (hors JEC). Le fort avantage différentiel entre ces dispositifs et les allègements généraux rendent nécessaire la suppression de ces premiers, dans le cadre du rétablissement de la trajectoire des finances publiques. À titre d'exemple, en 2024, pour un salarié rémunéré à 1,3 SMIC, l'exonération JEI permet une diminution du coût du travail de 2 142 € de plus (soit plus de 2 fois plus) qu'avec l'application des allègements généraux pour un salarié rémunéré à 1,3 SMIC.

Le coût des exonérations de cotisations sociales octroyées aux JEI a doublé entre 2014 et 2023, passant de 139 M€ à 270 M€. Cette dynamique devrait par ailleurs se poursuivre en l'absence de réforme, pour atteindre 300 M€ en 2026 (y compris jeunes entreprises en croissance). Cette charge croissante portant sur le budget de l'État, dont la contribution en matière de soutien à l'emploi apparaît limitée et dont l'apport au financement de l'innovation en PME est désormais marginal suite à l'extension du dispositif IR-PME, doit être réduite.

b) Mesures proposées

Mesure n° 1 : assujettissement de la rémunération des apprentis à la CSG et la CRDS au-delà de 50 % du SMIC

Dans l'objectif de rationaliser les exclusions des assiettes de CSG et de CRDS, la mesure vise, en parallèle d'un relèvement réglementaire du plafond de l'exonération salariale, à assujettir les rémunérations des apprentis à la CSG/CRDS au-delà de 50 % du SMIC au 1^{er} janvier 2025.

Cette mesure serait cohérente avec la baisse du seuil d'assujettissement de 79 % à 50 % de cotisations sociales (mesure réglementaire ayant un impact sur le budget de l'Etat). Elle a par ailleurs des effets modérés pour les apprentis concernés en ce qu'elle ne concerne que la fraction supérieure au plafond et n'a aucun effet sur les jeunes apprentis, poursuivant en moyenne des diplômes plus courts et plus professionnalisants, dont la rémunération est inférieure à 50 % du SMIC. La mission IGAS-IGF citée précédemment pointe ainsi que seuls 5 % de la masse salariale des apprentis excèdent le seuil de 0,79 SMIC.

Combinées, ces deux mesures reviennent ainsi à appliquer 7,3 % de cotisations salariales vieillesse et 9,7 % de contributions CSG-CRDS supplémentaires sur la seule part de ces rémunérations qui excède 50 % du SMIC. Très limitée pour une rémunération dépassant de peu ce seuil, une telle évolution pourra représenter six points de prélèvement supplémentaires pour une rémunération à 0,79 SMIC.

Mesure n° 2 : Limiter le dispositif d'exonérations de cotisations patronales aux seuls navires de transport de passagers

La mesure vise à modifier le périmètre des bénéficiaires de cotisations patronales maladie, vieillesse, famille et chômage en les limitant aux équipages de navires affectés au transport de passagers. Cela permettrait de concentrer le bénéfice des exonérations sur le secteur le plus intensif en emplois les moins qualifiés.

Mesure n° 3 : Supprimer l'exonération de cotisations sociales JEI et JEC

La mesure vise à faire sortir du régime d'exonération de cotisations sociales les catégories JEI et JEC afin de recentrer le dispositif sur l'aide à l'investissement et plus à la création d'emploi. Il ne resterait en 2025 plus que l'exonération « jeune entreprise universitaire qui bénéficierait de l'exonération de cotisations sociales.

Cette suppression intervenant un an après l'élargissement et le renforcement de l'IR PME à destination de JEC et JEI encouragerait la substitution des capitaux privés aux capitaux publics.

c) Autres options possibles

Mesure n°1 : apprentissage

Un scénario alternatif aurait consisté à assujettir dès le premier euro la rémunération des apprentis à la CSG et la CRDS sur les nouveaux contrats et ceux en cours. La rémunération nette des apprentis en aurait été d'autant plus affectée, tout comme le coût pour les employeurs en cas d'une revalorisation de la grille de rémunérations de ces derniers.

Une variante de ce scénario alternatif aurait été d'assujettir dès le premier euro, sur le flux des contrats, permettant une entrée en vigueur plus progressive de la mesure, mais au prix d'une importante baisse de son rendement (environ 75 %).

Il n'a pas été envisagé non plus d'appliquer ces nouvelles cotisations et contributions sans revalorisation des grilles minimales en raison des effets combinés importants sur la rémunération nette des apprentis.

Le maintien d'une exonération totale de CSG-CRDS ne pouvait plus s'entendre pour les rémunérations les plus significatives étant entendu qu'un salarié rémunéré au SMIC à temps partiel ne bénéficie quant à lui d'aucune exemption de ce type.

Enfin, d'autres critères qui auraient pu être mobilisés pour mieux cibler l'exonération, comme le niveau de diplôme poursuivi, mais ont été écartés car non-cohérents avec les objectifs de maîtrise financière du dispositif et plus difficiles à suivre et à fiabiliser que l'âge de l'apprenti, par ailleurs pris en compte dans la modulation d'autres outils de soutien à l'apprentissage (aide à l'embauche, niveau de prise en charge du coût de la formation).

Mesure n°2 relative à l'exonération sur les entreprises d'armement maritime

Un scénario alternatif pour le même effet budgétaire prévisionnel aurait été de limiter le dispositif existant aux marins les moins qualifiés sur l'ensemble des navires du secteur professionnel. Toutefois, cette option plus proche de l'objectif de concerter l'exonération sur les personnels les moins qualifiés n'a pas été retenue du fait d'une impossibilité de cibler en déclaratif ce public spécifique.

Mesure n°3 relative aux JEI/JEC

Il aurait été également envisageable de limiter davantage les effets du dispositif JEI dans le temps afin de le recentrer sur les entreprises nouvellement créées, et de limiter les effets de substitution du dispositif.

Les entreprises bénéficiaires connaissent une croissance de leur emploi salarié total soutenue par le dispositif JEI. Si les résultats d'une étude de l'INSEE confirment un effet positif marginal sur l'emploi salarié du recours au dispositif JEI, cet effet se réduit cependant avec le temps de recours au dispositif, de telle sorte qu'il n'est plus possible d'attribuer un effet sur l'emploi salarié dès la 5ème année. En outre, seules 46 % des entreprises conservent de surcroît le statut de JEI à terme. Partant de ce constat, il serait envisageable de limiter la durée du bénéfice de l'exonération des JEI à cinq ans à compter du premier recours par l'entreprise sur une durée de huit ans à compter de leur création.

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

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

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

En dehors du régime des aides d'Etat aux entreprises avec la règle des minimis fixée par la Commission, il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

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

a) Possibilité de codification

L'article L.136-1-1 du code de la sécurité sociale, l'article L. 5553-11 du code des transports, l'article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Les trois mesures sont applicables
Mayotte	Aucune des trois mesures n'est applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Aucune des trois mesures n'est applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesures non applicables
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesures non applicables

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
TOTAL	0	+ 1 000	+ 1 000	+ 1 000	+ 1000
Etat - au titre de la compensation		+ 640	+ 640	+ 640	+ 640
ROBSS + FSV (CSG/CRDS)	0	+ 280	+ 280	+ 280	+ 280
- <i>Maladie</i>		+ 160	+ 160	+ 160	+ 160
- <i>AT-MP</i>					
- <i>Famille</i>		+ 40	+ 40	+ 40	+ 40
- <i>Vieillesse</i>					
- <i>Autonomie</i>		+ 80	+ 80	+ 80	+ 80
- <i>FSV</i>					
CADES		+ 20	+ 20	+ 20	+ 20
UNEDIC		+ 60	+ 60	+ 60	+ 60

L’impact pour les finances publiques de l’assujettissement des rémunérations des apprentis à la CSG/CRDS au-delà de 50 % du SMIC est estimé à +360 M€ par an. L’abaissement du seuil d’assujettissement aux cotisations sociales par voie réglementaire engendrerait quant à lui une économie de 300 M€ sur le budget de l’Etat.

Aucun effet de changement dans le recours aux dispositifs n’a été pris en compte dans l’évaluation de l’impact financier. Cependant, une hausse du coût de l’embauche des apprentis pourrait se traduire par une baisse de l’incitation à recruter sous ce statut, ce qui affecterait le rendement de la mesure. Une partie de cet effet de comportement correspondrait toutefois à la fin de certains effets d’aubaine et se traduirait par un recours accru à l’emploi salarié, ce qui générerait des recettes par ailleurs.

La mesure de limitation de l’exonération des cotisations patronales aux marins les moins qualifiés réduirait de l’ordre de 20 M€ le montant total des compensations de cette exonération par l’Etat.

La suppression de l’exonération de cotisations patronales pour les JEI et les JEC réduirait de l’ordre de 300 M€ le la compensation des exonérations par l’Etat.

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

a) impacts économiques

Mesure n°1 : assujettissement de la rémunération des apprentis à la CSG et la CRDS au-delà de 50 % du SMIC

L’assujettissement à contributions sociales et la baisse du seuil de l’exonération à 50 % du SMIC, s’il est intégré dans les grilles de rémunération, évitera de diminuer la rémunération nette des apprentis mais aura un effet négatif sur le coût des apprentis pour les employeurs. Toute chose égale par ailleurs, en la rendant moins attractive socialement et fiscalement l’embauche d’un apprenti peut se traduire par une évolution négative sur l’emploi. Toutefois, recruter un apprenti en dessous d’un certain âge restera toutefois significativement moins coûteux qu’employer un salarié de droit commun en raison du maintien de certaines exonérations et des grilles diminuées.

Mesure n°2 : Limiter le dispositif d’exonérations de cotisations patronales aux seuls navires de transport de passagers

La limitation de l’exonération de cotisations patronales maladie, vieillesse, famille et chômage des entreprises uniquement aux marins sur des navires de transport de passagers augmenterait le coût du travail pour les entreprises sortant du dispositif d’allègement spécifique.

Mesure n° 3 : Supprimer l’exonération de cotisations patronales JEI et JEC

La suppression de l'exonération des cotisations patronales pour ces entreprises spécifiques augmenterait le coût du travail pour cette catégorie de personnel qualifié, dont la sensibilité au coût du travail est néanmoins moindre que pour le reste des salariés.

b) impacts sociaux

• Impact sur les jeunes

Mesure n°1 : assujettissement de la rémunération des apprentis à la CSG et la CRDS au-delà de 50 % du SMIC

L'assujettissement partiel à CSG-CRDS aurait un impact négatif d'environ 9,7 % sur la part de la rémunération des apprentis supérieure de 50 % du SMIC brut (soit 883 € par mois au 1^{er} janvier 2024). Cela représenterait une perte de salaire de 49 € par mois dans le cas d'un apprenti rémunéré à 79 % du SMIC au 1^{er} janvier 2024, soit 1 395 € brut.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure modifie à la marge les modalités déclaratives applicables aux employeurs concernés, ces-derniers étant déjà conduits aujourd'hui à intégrer un plafonnement dans leurs calculs.

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

Les systèmes d'information et de recouvrement des caisses de sécurité sociales devront être adaptés afin de prendre en la modification prévue par cet article.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Mesure n°1 : assujettir la rémunération des apprentis à la CSG et la CRDS au-delà de 50 % du SMIC

D. 6222-26 du code du travail pour revaloriser la rémunération minimale et l'article D. 6243-5 du même code pour la réduction du plafond de l'exonération (publication au plus tard au 31 décembre 2024).

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

Les mesures seront mises en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2025.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les organismes concernés devront garantir l'information des cotisants concernés des nouvelles modalités d'exonération dès l'entrée en vigueur de la mesure. Les dispositions relatives à l'ensemble des exonérations spécifiques feront l'objet de mises à jour sur le site du bulletin officiel de la sécurité sociale.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le dispositif est notamment suivi dans le cadre de l'annexe 4 au PLFSS et de l'annexe 2 au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale avant modification (<i>apprentis</i>)	Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale après modification (<i>apprentis</i>)
<p>(...)</p> <p>II.-L'assiette de la contribution inclut notamment :</p> <p>1° Les revenus professionnels des travailleurs indépendants, dans les conditions définies par les articles L. 136-3 et L. 136-4 ;</p> <p>2° Les revenus des artistes-auteurs mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 382-3 ;</p> <p>3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité de résidence, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;</p> <p>b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;</p> <p>c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;</p> <p>d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;</p> <p>e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales ;</p> <p>4° (Abrogé)</p> <p>5° Les avantages mentionnés au I et au II de l'article 80 bis du code général des impôts lorsque ces derniers sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires ;</p> <p>6° La garantie de ressources des travailleurs handicapés prévue à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>III.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 les revenus suivants :</p> <p>1° a) Les rémunérations des apprentis mentionnées à l'article L. 6221-1 du code du travail ;</p> <p>b) La fraction de la gratification versée aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du présent code et aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par</p>	<p>(...)</p> <p>II.-L'assiette de la contribution inclut notamment :</p> <p>1° Les revenus professionnels des travailleurs indépendants, dans les conditions définies par les articles L. 136-3 et L. 136-4 ;</p> <p>2° Les revenus des artistes-auteurs mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 382-3 ;</p> <p>3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité de résidence, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;</p> <p>b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;</p> <p>c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;</p> <p>d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;</p> <p>e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales ;</p> <p>4° (Abrogé)</p> <p>5° Les avantages mentionnés au I et au II de l'article 80 bis du code général des impôts lorsque ces derniers sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires ;</p> <p>6° La garantie de ressources des travailleurs handicapés prévue à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>7° La rémunération des apprentis mentionnée à l'article L. 6221-1 du code du travail pour la part excédant cinquante pour cent du salaire minimum de croissance.</p> <p>III.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 les revenus suivants :</p> <p>1° a) (supprimé) ;</p> <p>b) La fraction de la gratification versée aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du</p>

<p>décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables ; (...)</p>	<p>présent code et aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables ; (...)</p>
<p>Article L. 5553-11 du code des transports avant modification</p>	<p>Article L. 5553-11 du code des transports après modification</p>
<p>Les entreprises d'armement maritime peuvent être exonérées de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1 du présent code, de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, et affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'Etat au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale.</p> <p>L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue au premier alinéa du présent article s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions prévues aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 5422-12 du code du travail.</p> <p>Le bénéfice des exonérations prévues au premier alinéa est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 %, des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article.</p> <p>Le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa est subordonné à une autorisation préalable délivrée, après vérification du respect des conditions prévues au présent article, par décision de l'autorité compétente de l'Etat. L'autorité compétente de l'Etat s'assure du respect des conditions mentionnées aux premier et troisième alinéas.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. (...)</p>	<p>Les entreprises d'armement maritime peuvent être exonérées de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1 du présent code, de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, et affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'Etat au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale.</p> <p>En outre, les entreprises d'armement maritime mentionnées au précédent alinéa peuvent être exonérées des cotisations d'allocations familiales prévues à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et des contributions à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi dues par les employeurs prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail pour les équipages qu'elles emploient à bord de navires de transports de passagers au sens de la convention internationale mentionnée à l'article L. 5242-9 du présent code.</p> <p>L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue au présent premier alinéa du présent article s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions prévues aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 5422-12 du code du travail.</p> <p>Le bénéfice des exonérations prévues aux premier alinéa premier et deuxième alinéas est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 %, des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article.</p> <p>Le bénéfice de l'exonération prévue aux premier alinéa premier et deuxième alinéas est subordonné à une autorisation préalable délivrée, après vérification du respect des conditions prévues au présent article, par décision de l'autorité compétente de l'Etat. L'autorité compétente de l'Etat s'assure du respect des conditions mentionnées aux premier et troisième premier et troisième alinéas.</p>

	Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.
Article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004 avant modification	Article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004 après modification
<p>I.-Les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ainsi que celle définie à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés au cours d'un mois civil aux personnes mentionnées au II appartenant aux jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement définies à l'article 44 sexies-0 A du code général des impôts sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales dans la double limite, d'une part, des cotisations dues pour la part de rémunération inférieure à 4,5 fois le salaire minimum de croissance, d'autre part, d'un montant, par année civile et par établissement employeur, égal à cinq fois le plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, et dans les conditions prévues au V du présent article. Les conditions dans lesquelles ce montant est déterminé pour les établissements créés ou supprimés en cours d'année sont précisées par décret.</p> <p>(...)</p>	<p>I.-Les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ainsi que celle définie à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés au cours d'un mois civil aux personnes mentionnées au II appartenant aux jeunes entreprises innovantes réalisant des projets de recherche et de développement définies à aux entreprises remplissant les conditions cumulatives définies aux 1°, 2°, b du 3°, 4° et 5° de l'article 44 sexies-0 A du code général des impôts sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales dans la double limite, d'une part, des cotisations dues pour la part de rémunération inférieure à 4,5 fois le salaire minimum de croissance, d'autre part, d'un montant, par année civile et par établissement employeur, égal à cinq fois le plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, et dans les conditions prévues au V du présent article. Les conditions dans lesquelles ce montant est déterminé pour les établissements créés ou supprimés en cours d'année sont précisées par décret.</p> <p>...</p>

Article 8 – Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée organise plusieurs transferts financiers entre les branches de la sécurité sociale ou précise les relations financières entre le régime général et d'autres régimes (UNEDIC, régimes spéciaux).

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

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale de 2023 a prévu d'affecter au système des retraites l'ensemble des gains permis par la réforme des retraites afin de garantir le financement du système de retraites. Il convient donc d'organiser le transfert du rendement de la réforme pour le régime de la fonction publique de l'État, qui est financièrement intégré à ce dernier, vers le régime général. Le montant transféré à ce titre, qui s'établissait à 194 M€ en 2024, sera porté, compte tenu de la montée en charge de la réforme, à 263 M€. La fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, déterminée dans le projet de loi de finances, sera majorée de 69 M€ à ce titre (soit 0,03 point de TVA supplémentaires s'ajoutant au transfert de 0,09 point en loi de finances pour 2024). La TVA transférée aux régimes obligatoires de base en loi de finances étant intégralement affectée à la branche maladie, il est nécessaire d'en prévoir en loi de financement la réaffectation du produit qui en découle vers la branche vieillesse. Le présent article opère ce reversement en jouant sur la clef d'affectation de la taxe sur les salaires. Ce transfert est pris en compte dans la trajectoire financière de la sécurité sociale depuis la LFRSS pour 2023.

- Le transfert de la branche maladie à la branche famille au titre de la compensation par l'État du coût engendré par le cumul de l'exonération applicable aux jeunes agriculteurs (JA) et des taux réduits de droit commun des cotisations famille

Le PLFSS pour 2025 prévoit d'inscrire dans le code de la sécurité sociale la possibilité pour les jeunes agriculteurs de cumuler l'exonération partielle dégressive dont ils bénéficient actuellement, avec les mécanismes de réduction des taux de la cotisation d'allocations familiales et de la cotisation d'assurance maladie, invalidité et maternité. Ce transfert depuis la branche maladie vers la branche famille d'un montant de 11,1 M€ (sur un total de 25 M€ transférés à ce titre en loi de finances) vise donc à garantir la compensation du coût de la mesure pour la branche famille, financée grâce à une fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, qui est intégralement affectée à la branche maladie en loi de finances (soit un reliquat de 14 M€ restant affecté à la branche Maladie).

- Le transfert de la branche vieillesse à la branche maladie au titre de la répartition entre ces deux branches du coût de l'effet de la réforme des allègements généraux sur les recettes de l'impôt sur les sociétés (IS)

Le PLFSS pour 2025 prévoit de refondre les allègements généraux sur les cotisations patronales, pour un rendement brut de 5,1 Md€. Or, dans la mesure où cette mesure entraîne mécaniquement une hausse du montant de cotisations patronales acquittées, et partant, une réduction des bénéfices des entreprises, elle a pour conséquence d'amoindrir le rendement de l'impôt sur les sociétés (IS), pour un montant estimé à 1 Md€. Dans ce contexte, un transfert de la branche vieillesse à la branche maladie d'un montant de 534 M€ permet de partager entre les branches vieillesse et maladie le coût de la rétrocession de la perte d'IS opérée dans le PLF pour 2025, par l'intermédiaire d'une reprise de 1 Md€ sur le montant de TVA affecté à la branche maladie.

- Le transfert de la branche famille vers la branche maladie au titre des gains dégagés par la réforme des allègements généraux

La refonte des allègements généraux inscrite dans le PLFSS pour 2025 devrait dégager un rendement net de 4,1 Md€, après compensation auprès de l'État de la diminution du rendement de l'impôt sur les sociétés engendrée par la réforme. Initialement, les gains nets des branches famille et maladie s'élèvent respectivement à 2,2 Md€ et 1,6 Md€. Afin d'améliorer le solde de la branche maladie pour l'exercice 2025, la présente mesure propose de lui affecter une partie des gains de la réforme pour la branche famille, pour un montant de 266 M€.

- La possibilité d'affecter les excédents du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à la branche vieillesse du régime général

Le présent article prévoit la possibilité d'affecter à la branche vieillesse du régime général les excédents du Fonds de solidarité vieillesse. Les recettes affectées au FSV ayant pour vocation de financer les mécanismes de solidarité de la branche vieillesse, il est proposé que les ressources non utilisées et qui constituent un excédent du FSV couvrent les besoins de l'assurance vieillesse. Cette affectation est estimée à 0,8 Md€ en 2025 pour l'exercice 2024 et à 0,7 Md€ en 2026 pour l'exercice 2025. S'agissant d'une opération « de bilan », ces ressources n'améliorent pas le solde de la branche mais diminuent d'autant son report à nouveau négatif et par suite le recours à l'endettement. Les conditions de l'affectation de l'excédent du FSV seraient prévues par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

- Deux mesures visent enfin à adapter des dispositions adoptées dans le précédent article de transfert de la LFSS 2024

Le plafonnement de la compensation à l'UNEDIC du coût de la réduction générale de cotisations patronales mis en place dans la LFSS pour 2024 n'a pas été pris en compte dans le calcul du taux de réfaction au titre du risque de non-recouvrement appliqué aux sommes reversées par les URSSAF à l'Unedic. Il en résulte que cette réfaction s'applique désormais y compris à des sommes qui ne sont plus versées à l'Unedic. Il est cependant plus juste de n'appliquer cette réfaction que sur les seules sommes effectivement dues à l'attributaire. Il est donc proposé d'apporter une précision en ce sens.

Par ailleurs, l'article 15 de la LFSS pour 2024 prévoit que la CNAV aura à équilibrer deux régimes spéciaux déficitaires (CPRPF et CRP RATP) à compter du 1^{er} janvier 2025, à la place de l'État. La caisse recevra pour ce faire des crédits budgétaires prévus en loi de finances. Cet équilibrage est réalisé à compter de l'exercice au cours duquel les régimes auraient épuisé leurs réserves. Il est proposé dans un souci de simplification de prévoir que les réserves qui ne suffisent pas à faire face aux engagements pour 2025 soient transférées à la branche vieillesse qui aura en tout état de cause à assurer l'équilibrage du système pour ce même exercice. L'opération ne pouvant être définitivement fixée qu'à la clôture de l'exercice 2024, il est proposé que le montant exact du transfert soit fixé par arrêté début 2025 après cette clôture.

b) Autres options possibles

La branche maladie étant seule destinataire de TVA, une absence de réaffectation de recettes conduirait à lui faire porter seule les effets avantageux ou désavantageux des mesures nécessitant des transferts entre l'État et la sécurité sociale. Les transferts opérés présentent donc de ce point de vue un caractère indispensable.

Concernant la réaffectation d'une partie des gains spontanés de la réforme des allègements généraux pour la branche famille, les situations relatives des branches famille et maladie justifient la réalisation de ce transfert, afin de ne pas placer une branche à l'équilibre en excédent, alors même que la branche maladie reste par ailleurs fortement déficitaire malgré les mesures importantes de redressement proposées dans le cadre de la présente loi de financement. En l'état, la mesure proposée ne remet pas en cause le solde prévisionnel de la branche famille, qui est présenté à l'équilibre dans le PLFSS pour 2025.

Une réaffectation plus globale des recettes aurait pu être envisagée, mais n'a pas été retenue au bénéfice de l'utilisation d'une clé unique de répartition entre branches, qui minimise les opérations à conduire et la complexité de l'affectation des recettes.

S'agissant des mesures techniques d'adaptation de deux dispositions précédentes (réforme du financement des régimes spéciaux, maîtrise de la compensation des allègements généraux à l'UNEDIC), elles s'avèrent nécessaires dans la mesure où seule une disposition législative pouvait résoudre les problèmes posés.

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

La mesure de transfert de taxe sur les salaires modifie les volumes de recettes affectées aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour l'année 2024 et les années ultérieures. Elle trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du b du 1^o de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

S'agissant de la mesure relative aux excédents du FSV, il s'agit d'une mesure relative à la trésorerie des régimes, au sens du 3^o du même article, en ce qu'elle va structurellement, d'une part, réduire le report à nouveau de la branche vieillesse, et, d'autre part, réduire le report à nouveau positif d'un organisme concourant à son financement.

Enfin, les mesures proposées au titre des taux de restes à recouvrer (TRAR) appliqués par l'ACOSS à l'UNEDIC et les réserves des régimes modifient des dispositions prises l'année dernière en LFSS. S'agissant de la première, elle empêche juridiquement une issue possible consistant à continuer à prélever au profit des régimes de bases un TRAR sur des sommes non recouvrées et non compensées, et s'agissant de la seconde, le transfert de ces réserves améliorera le report à nouveau de la CNAV.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

- Modification des articles L. 131-8, L. 241-3 et L. 255-1-1 du code de la sécurité sociale.
- Rétablissement de l'article 135-4 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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

Aucune.

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie		+710	+700	+690	+610
- AT-MP					
- Famille		-250	+240	+240	+240
- Vieillesse		-460	-460	-450	-370
- Autonomie					
UNEDIC		-	-		

Concernant l'impact financier présenté pour la **branche famille**, celui-ci résulte du solde de la compensation par l'État du coût pour cette branche de la mesure de cumul de l'exonération « Jeunes agriculteurs » avec la réduction générale dégressive sur les cotisations des branches famille et maladie (+ 11 M€ en 2025), et du transfert de la branche famille vers la branche maladie d'une partie des gains spontanés dégagés par la réforme des allègements généraux pour la branche famille (- 266 M€ en 2025). Ce transfert est opéré par souci de solidarité financière entre branches excédentaires et déficitaires, en vue de contribuer au redressement de la branche maladie, et ne remet pas en cause l'équilibre financier de la branche famille pour l'exercice 2025.

Concernant l'impact financier présenté pour la **branche maladie**, celui-ci résulte du solde de quatre mesures :

- Le transfert réalisé de la branche maladie vers la branche famille (- 11,1 M€) au titre de la compensation du coût de la mesure de cumul de l'exonération « Jeunes agriculteurs » et de la réduction générale dégressive sur les cotisations de la branche famille et maladie ; la branche Maladie étant au total affectataire de 25 M€ au titre de la compensation de cette mesure, le montant de la compensation reçue, net de la rétrocession à la branche Famille, s'élèvera donc à 14 M€ ;
- Le transfert réalisé vers la branche vieillesse (- 69 M€) au titre du transfert à la branche vieillesse des économies générées par la réforme des retraites sur le budget de l'État, intégré dans la TVA affectée à la branche maladie ;
- Le transfert réalisé de la branche famille vers la branche maladie (+ 266 M€ en 2025) au titre des gains spontanés dégagés par la réforme des allègements généraux pour la branche famille.
- Le transfert réalisé de la branche vieillesse vers la branche maladie (+ 534 M€ en 2025) afin de répartir entre les deux branches le coût de la compensation de l'effet de la réforme des allègements généraux sur les recettes de l'impôt sur les sociétés (- 534 M€).

Concernant l'impact financier présenté pour la **branche vieillesse**, celui-ci résulte du solde de la mesure de transfert réalisé de la branche maladie vers la branche vieillesse au titre des économies générées par la réforme des retraites sur le budget de l'État (+ 69 M€), et de la mesure de transfert de la branche vieillesse vers la branche maladie au titre de la répartition entre ces deux branches du coût de la compensation de l'effet de la réforme des allègements généraux sur les recettes de l'impôt sur les sociétés (- 534 M€).

Concernant la mesure présentée pour les TRAR appliqués à l'**UNEDIC**, celui-ci résulte de l'application d'un taux de restes à recouvrer sur la compensation versée à l'UNEDIC désormais limité aux sommes situées sous le plafond défini pour la période 2023 – 2026 à l'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.. Ces nouvelles modalités de calcul conduisent à une moindre recette de 39 M€ en 2025, et de 45 M€ en 2026 pour les branches. Ce manque à gagner n'avait cependant pas été pris en compte dans les prévisions de recettes des branches. Son coût n'est donc pas intégré dans le tableau ci-dessus.

Concernant la mesure d'affectation des excédents du **Fonds de solidarité vieillesse** à la branche vieillesse du régime général, les gains en trésorerie résultant de la mesure pour la branche vieillesse ne figurent pas dans le tableau ci-dessus, dans la mesure où l'intégration de ces réserves n'a qu'un impact patrimonial pour le Fonds de solidarité vieillesse comme pour la branche vieillesse du régime général. Elle n'a pas d'impact sur le compte de résultat des deux entités.

Le transfert des réserves résiduelles des **régimes spéciaux** intégrés financièrement est également une opération de bilan non retracée dans le tableau.

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

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

En cas d'excédent constaté du Fonds de solidarité vieillesse, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget devra déterminer le montant transféré du FSV vers la CNAV. Conformément à l'article R. 200-3 du code de la sécurité sociale, les organes délibérants de la CNAV et l'ACOSS seront consultés sur le projet d'arrêté.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 55,57 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 15,80 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 23,55 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 5,08 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1° de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour 24,10 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour 75,90 % ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour</p>	<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <p>-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 52,96 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 14,31 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 27,65 % ;</p> <p>-à la branche mentionnée au 5° du même article, pour une fraction correspondant à 5,08 % ;</p> <p>2° Le produit des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévues au 1° de l'article L. 421-94 du code des impositions sur les biens et services est affecté :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour 24,10 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour 75,90 % ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ;</p> <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour</p>

<p>la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4, 25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p> <p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p> <p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,45 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I, aux 1° et 2° du II, aux III et III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,45 % ;</p>	<p>la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>-4, 25 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p> <p>-5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>-2,72 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>-1,88 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p> <p>-1,27 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>-0,18 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;</p> <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,45 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,94% ;</p> <p>f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I, aux 1° et 2° du II, aux III et III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,45 % ;</p>
--	--

<p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit de l'accise sur les tabacs mentionnée à l'article L. 314-1 du code des impositions sur les biens et services et perçue en métropole, diminuée du produit perçu en Corse est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p> <p>Le produit de la taxe mentionnée au premier alinéa du présent 8° perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie, au titre :</p> <p>a) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p>	<p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit de l'accise sur les tabacs mentionnée à l'article L. 314-1 du code des impositions sur les biens et services et perçue en métropole, diminuée du produit perçu en Corse est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p> <p>Le produit de la taxe mentionnée au premier alinéa du présent 8° perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie, au titre :</p> <p>a) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 862-1, à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits ;</p> <p>b) Du financement du fonds mentionné à l'article L. 815-26, à hauteur de ses charges ;</p>
--	--

<p>c) A hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux a et b du présent 8°, du financement des charges de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>9° Une fraction de 28,57 %, minorée d'un montant de 2,6 milliards d'euros en 2024, de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,39 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points, le montant correspondant étant minoré de 2,6 milliards d'euros en 2024.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>	<p>c) A hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux a et b du présent 8°, du financement des charges de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>9° Une fraction de 28,57 %, minorée d'un montant de 2,6 milliards d'euros en 2024, de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,39 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points, le montant correspondant étant minoré de 2,6 milliards d'euros en 2024.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>
	<p>Article L. 135-4 du code de la sécurité sociale après modification</p>
	<p>Lorsque, à la clôture d'un exercice, le Fonds de solidarité vieillesse présente un résultat excédentaire, celui-ci est transféré, à hauteur d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui l'enregistre en fonds propres dans ses propres comptes. Cet arrêté fixe également les modalités de versement des sommes correspondantes.</p>
<p>Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 et les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite mentionnées au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail et par des cotisations assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé annuellement et revalorisé en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p>	<p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 et les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite mentionnées au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail et par des cotisations assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé annuellement et revalorisé en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p>

<p>Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.</p> <p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.</p> <p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :</p> <p>1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-10, L. 137-11, L. 137-11-1, L. 137-11-2, L. 137-12, L. 137-15 et L. 137-30 du présent code ;</p> <p>2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ;</p> <p>3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ;</p> <p>4° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;</p> <p>5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p> <p>6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p> <p>7° Une contribution des régimes de retraite complémentaire mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code, dont le montant est fixé par une convention entre ces régimes et le régime général approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du travail et du budget, pour participer à l'équilibre des régimes spéciaux mis en extinction. A défaut de fixation par une telle convention, au 30 juin de l'exercice en cours, de la contribution due par les régimes de retraite complémentaire pour tenir compte des conséquences financières, pour chacun des organismes, de la fermeture des régimes spéciaux mentionnés aux a à f du 3° de l'article L. 134-3, un décret fixe le montant de la contribution due au titre de cet exercice.</p> <p>Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.</p>	<p>Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.</p> <p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.</p> <p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :</p> <p>1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-10, L. 137-11, L. 137-11-1, L. 137-11-2, L. 137-12, L. 137-15 et L. 137-30 du présent code ;</p> <p>2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ;</p> <p>3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ;</p> <p>4° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;</p> <p>5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p> <p>6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;</p> <p>7° Une contribution des régimes de retraite complémentaire mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code, dont le montant est fixé par une convention entre ces régimes et le régime général approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du travail et du budget, pour participer à l'équilibre des régimes spéciaux mis en extinction. A défaut de fixation par une telle convention, au 30 juin de l'exercice en cours, de la contribution due par les régimes de retraite complémentaire pour tenir compte des conséquences financières, pour chacun des organismes, de la fermeture des régimes spéciaux mentionnés aux a à f du 3° de l'article L. 134-3, un décret fixe le montant de la contribution due au titre de cet exercice.</p> <p>8° Les sommes versées par l'Etat pour l'équilibre des régimes de retraite mentionnés au b et au c du 3° de l'article L. 134-3.</p> <p>Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le</p>
--	---

Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale après modification
<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;</p> <p>2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;</p> <p>3° (Abrogé)</p> <p>3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;</p> <p>3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à porter les litiges devant la Cour de cassation ;</p> <p>3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;</p> <p>3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;</p> <p>4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'État fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'État ;</p> <p>5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent.</p> <p>Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes : (1)</p> <p>a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;</p> <p>b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;</p> <p>c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;</p> <p>d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-</p>	<p>contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;</p> <p>2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;</p> <p>3° (Abrogé)</p> <p>3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;</p> <p>3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à porter les litiges devant la Cour de cassation ;</p> <p>3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;</p> <p>3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;</p> <p>4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'État fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'État ;</p> <p>5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent.</p> <p>Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes : (1)</p> <p>a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;</p> <p>b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;</p> <p>c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;</p> <p>d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-</p>

<p>2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;</p> <p>e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I et, le cas échéant, la contribution mentionnée au III de l'article L. 2135-10 du code du travail ;</p> <p>f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code.</p> <p>Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1er janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence. (1)</p> <p>Sans préjudice de l'application des troisième à dixième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.</p> <p>Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État.</p> <p>5° bis De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ;</p> <p>6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.</p> <p>7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du présent code et à l'article L. 6527-1 du code des transports, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 6527-2 du code des transports ;</p> <p>7° bis De compenser, dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable aux cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a à f de l'article L. 5427-1 du code du travail ;</p>	<p>2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;</p> <p>e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I et, le cas échéant, la contribution mentionnée au III de l'article L. 2135-10 du code du travail ;</p> <p>f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code.</p> <p>Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1er janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence. (1)</p> <p>Sans préjudice de l'application des troisième à dixième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.</p> <p>Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État.</p> <p>5° bis De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ;</p> <p>6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.</p> <p>7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du présent code et à l'article L. 6527-1 du code des transports, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 6527-2 du code des transports ;</p> <p>7° bis De compenser, dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, la perte de cotisations résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code, applicable aux cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a à f de l'article L. 5427-1 du code du travail. Les sommes excédant</p>
---	---

<p>8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.</p>	<p>ce montant ne peuvent se voir appliquer le taux forfaitaire prévu au troisième alinéa du 5° du présent article.</p> <p>8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.</p>
--	--

Article 9 – Clarifier les modalités d’appel et de calcul des clauses de sauvegarde M et Z

I. Présentation de la mesure

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

a) Problèmes à résoudre

• Concernant la clause de sauvegarde sur le champ des dispositifs médicaux dite Z

Face au dynamisme de la dépense des dispositifs médicaux, notamment ceux pris en charge en sus des prestations d’hospitalisation (croissance annuelle de l’ordre de 4 % entre 2012 et 2018), la LFSS pour 2020 a créé une clause de sauvegarde sur ces dispositifs médicaux hospitaliers financés en sus. Elle s’appuie sur les dépenses remboursées par l’assurance maladie (contrairement à la clause de sauvegarde du médicament qui s’appuie pour l’instant sur les chiffres d’affaires déclarés). Chaque année, la détermination du montant Z s’appuie sur l’évolution prévue des dépenses remboursées.

Afin de clarifier les modalités de calcul de l’assiette de la clause de sauvegarde, **il est proposé de préciser que les montants des dépenses remboursées s’entendent hors Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) et de l’intégrer dans la détermination du montant Z pour l’année 2025.**

• Concernant la clause de sauvegarde sur le champ des médicaments dite M

L’originalité de la clause de sauvegarde tient dans sa structure collective, qui s’articule mal avec une procédure déclarative de chiffre d’affaires. Jusqu’à présent, la clause de sauvegarde du médicament s’appuyait sur les chiffres d’affaires bruts déclarés par chacun des laboratoires. Par conséquent, tout retard ou erreur de déclaration d’un laboratoire a des conséquences sur l’ensemble du calendrier de calcul et d’appel de la clause de sauvegarde, ce qui rend difficile la prévision avant la fin de l’année suivante des montants dont les entreprises doivent s’acquitter au titre de l’année précédente.

Ainsi il a été proposé lors de la LFSS pour 2024 de s’appuyer sur les données de remboursement à disposition de l’Assurance Maladie. En effet, les données de l’Assurance Maladie sont d’une granularité unique en Europe, ce qui permet de ne plus faire reposer l’assiette de la clause de sauvegarde sur des données déclarées, mais sur les données de remboursement de l’Assurance Maladie. Le passage de la clause de sauvegarde sur les médicaments en montants remboursés a été introduit par l’article 28 de la LFSS pour 2024. Sa mise en œuvre est prévue pour la première fois au titre de l’année 2025, c’est-à-dire avec un premier appel en 2026.

L’objectif de cette réforme est multiple :

- Simplifier le processus d’appel en ne prévoyant plus de déclaration des laboratoires ;
- Crédibiliser le calendrier de calcul et donc améliorer la prévisibilité pour les laboratoires ;
- Garantir une plus grande fiabilité et transparence des données utilisées.

Ce passage en montant remboursé, qui fait l’objet d’importants travaux préparatoires entre le ministère de la santé et l’assurance maladie, en lien avec les représentants des industriels, s’appuie sur les systèmes d’information existants ainsi que sur les données actuellement collectées par l’Assurance Maladie et l’ATIH concernant les dépenses (SNDS, BdMit, Scan Santé). L’objectif est d’associer à chaque dépense de l’assurance maladie au titre d’un médicament, le laboratoire exploitant la spécialité. A la lumière de ces travaux, certaines dispositions de l’article 28 de la LFSS pour 2024 doivent être précisées.

Attribution de chaque dépense à un laboratoire donné

1. *Prise en compte d’un changement d’exploitant en cours d’année*

Il est proposé de clarifier la loi concernant la date à prendre en compte lors d’un changement d’exploitant d’une spécialité en cours d’année afin de correctement affecter la dépense remboursée à chacun des laboratoires exploitants.

2. *Prise en compte transitoire de certains codes prestations sans codage affiné UCD sur le champ de la rétrocession*

Pour les médicaments dispensés en rétrocession, il existe en 2024 des codes prestations non affinis regroupant plusieurs spécialités ou présentations différentes notamment pour les médicaments en autorisation d’accès compassionnels ou les médicaments bénéficiant d’une autorisation d’importation dans le cadre de tensions d’approvisionnements. Ces prestations représentent respectivement 168 M€ (code « PHU ») et 14 M€ (code « PHI ») remboursés en 2023. Ces codes prestations génériques ne permettent pas d’associer un montant remboursé à une entreprise contrairement au codage affiné avec code UCD. Pour le 1^{er} janvier 2025, l’ensemble des médicaments en accès compassionnels sera remboursé avec un code UCD ce qui fournira l’information de l’exploitant.

Cependant, l’appel de la clause de sauvegarde en année n impose de disposer de l’ensemble du périmètre de dépenses remboursées par laboratoire pour l’année n-1 afin de calculer la part « croissance » de la clause. Or il subsistera, pour 2024, des dépenses de médicaments remboursés relevant de codes prestations non affinés qui ne pourront pas être imputées à un laboratoire. Si les montants en jeu restent modérés (moins de 200M€) par rapport à l’ensemble de l’assiette (pour rappel M 2024 a été fixé à 26,4 Md€), il est nécessaire d’adopter une mesure visant à sécuriser la méthodologie de calcul de la contribution en montants remboursés lors de cette phase transitoire pour permettre la mise en œuvre de cette réforme.

Déduction de l’assiette des écarts médicaments indemnissables et des écarts de rétrocession indemnissables

Il convient de préciser dans la loi la déduction des Ecart Médicaments Indemnissables (EMI) et des Ecart Rétrocession Indemnissables (ERI) de l’assiette de la clause de sauvegarde. Les EMI et ERI sont des mécanismes d’indemnisation des établissements de santé dans le cas où, pour une spécialité donnée, le prix d’achat est inférieur aux tarifs négociés nationalement par le CEPS. Les établissements sont indemnisés à la hauteur de la moitié de la différence entre le prix d’achat constaté et le prix négocié nationalement.

Autres problématiques

Lissage d’un effet croissance amplifié du fait d’une évolution du périmètre de la clause de sauvegarde avec l’inclusion des dépenses au titre des achats SPF

Certaines spécialités sont achetées par Santé Publique France (SPF) et font partie de l’assiette de la clause de sauvegarde depuis la LFSS 2023 (6° du L. 138-10, mais avec des dispositions transitoires). L’intégration de ces spécialités dans l’assiette de la clause a été progressivement décalée. Les produits achetés par SPF seront comptabilisés pour le calcul de la contribution M au titre de l’année civile 2024 sauf pour les produits indiqués dans le traitement de la Covid-19 qui ne le seront qu’au titre de l’année civile 2025.

Or, la modification du périmètre de la clause de sauvegarde a un impact sur le calcul de la part croissance. Cette situation peut créer des effets de croissance artificielle du fait de l’inclusion de spécialités en année n alors que ces spécialités ne sont pas incluses en année n-1. Il est ainsi prévu de neutraliser cette croissance artificielle en imputant en année n-1 les montants relatifs au périmètre de l’année n. Cette disposition transitoire est prévue pour les seules années 2024 et 2025.

Situations de laboratoire ayant une contribution négative

Enfin, dans de très rares cas, la contribution des laboratoires peut être négative, par exemple lorsqu’une spécialité à un faible taux de prise en charge et un montant important de remises conventionnelles. Il est prévu de clarifier dans la loi le traitement de ces situations rares mais théoriquement possibles.

b) Mesure proposée

• Concernant la clause Z

Cette mesure explicite l’exclusion de la TVA de l’assiette de calcul de la contribution de la clause de sauvegarde Z.

En effet, si les textes parlent du périmètre comme étant le montant remboursé par l’assurance maladie net des différentes remises consenties par les acteurs industriels (remises conventionnelles au CEPS, mais également aux établissements hospitaliers), rien n’est précisé concernant l’intégration de la TVA. Cette clarification est d’autant plus nécessaire que le taux de TVA est variable selon les modalités d’inscription des dispositifs médicaux (5,5 % ou 20 %).

• Concernant la clause M

La mesure vise à sécuriser le premier appel de la clause de sauvegarde en montant remboursé en :

1. Précisant que, lors d’un changement d’exploitant d’une spécialité, les dates de changement d’exploitant retenues concernant l’imputation d’une dépense remboursée à un laboratoire correspondent à la date d’entrée en vigueur de l’arrêté déterminant ce changement publié au *Journal Officiel* ;
2. Mettant en œuvre une disposition temporaire et transitoire pour 2025 afin de retenir par défaut le montant remboursé de l’année n en n-1 pour le calcul de la part croissance pour les spécialités dispensées en rétrocession au titre des accès compassionnels de l’assiette des dépenses prises en compte (codes prestations « PHU » ce qui revient à neutraliser la part due au titre de la croissance sur ces spécialités et à exclure les spécialités au titre de l’importation pour tensions d’approvisionnement - code« PHI » - de l’assiette de la contribution) ;
3. Précisant l’exclusion des Ecart Médicament Indemnissable (EMI) et des Ecart Rétrocession Indemnissable (ERI) du périmètre de la clause de sauvegarde ; Neutralisant l’effet de croissance artificielle de la part croissance de la clause de sauvegarde concernant les laboratoires ayant bénéficié d’achats par SPF au titre des stocks Etat : il est proposé, lors du calcul de la part due à la croissance, d’imputer le montant de l’année n-1 correspondant au périmètre de l’année n concernant les achats stock Etat ;
4. Précisant que la valeur retenue pour le calcul de l’assiette ainsi que pour le calcul de la contribution d’un laboratoire lorsque le niveau de remises conventionnelles est supérieur à la dépense remboursée par l’Assurance Maladie Obligatoire pour un laboratoire donné est nulle.

Par ailleurs, il est proposé de toiler et simplifier certaines dispositions relatives à la clause de sauvegarde pour clarifier ses modalités d’appel et de recouvrement et répondre à des questions récurrentes des acteurs. Il s’agit notamment de préciser

le périmètre de la clause de sauvegarde en montant remboursé sur le champ de la liste en sus en précisant que sont incluses les dépenses de l’Assurance Maladie au titre des indications inscrites sur la liste en sus MCO ou SMR ainsi que les dépenses prises en charge hors de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) (codées I9999) et celles prises en charge au titre du dispositif dit « AMM miroir » (codées I9997)). Le processus pour calculer la remise exonératoire au titre du L.138-13 du CSS (à droit constant) et pour transmettre les courriers de notification de la contribution individuelle aux laboratoires par le CEPS est aussi clarifié. Il est également proposé de mentionner explicitement le délai contradictoire pendant lequel les laboratoires pourront faire part de leurs observations quant au périmètre retenu pour la liste des spécialités considérées dans le calcul de leur contribution et d’ajuster le calendrier en conséquence.

Enfin, il est proposé de supprimer du code de la sécurité sociale les dispositions désormais obsolètes concernant l’hépatite C.

• Fixer les montants de déclenchement des clauses de sauvegarde pour les médicaments et les dispositifs médicaux pour l’année 2025

Le montant « M » et le montant « Z » au-delà desquels les clauses de sauvegarde médicaments et produits et prestations se déclencheront pour 2025 doivent être fixés.

Le montant M 2025 sera désormais exprimé au travers de l’assiette en montants remboursés, avec une inclusion de l’ensemble des dépenses liées aux achats de Santé Publique France au titre des médicaments et des vaccins. Les montants des années 2021 à 2024 se fondaient sur la trajectoire CSIS décidée en 2021 (Annexe 7 du PLFSS 2022), revue à la hausse afin de limiter le rendement de la clause de sauvegarde à un niveau en cohérence avec les objectifs de soutien aux industries de santé portés par le Gouvernement. Le montant M 2025 continue de prendre en compte les recommandations de la mission sur la « Régulation des produits de santé », à savoir une stabilisation des rendements de la clause de sauvegarde par rapport aux déclenchements attendus pour les années 2023 et 2024. Pour la contribution due au titre de l’année 2025, certaines dépenses au titre de spécialités avec une autorisation d’importation en rétrocession sont exceptionnellement exclues.

Compte tenu du tendanciel anticipé des dépenses et en neutralisant la TVA, il est prévu d’appliquer un taux d’évolution de 4,1 % pour déterminer Z 2025.

Il est donc proposé en conséquence de fixer M à 23,3 Md€ (qui aurait été à 27,89 Md€ en chiffre d’affaires), et Z à 2,27 Md€ pour l’année 2025.

c) Autres options possibles

Pour prendre en compte la présence de codes prestations non affinés sur une partie de la rétrocession, il aurait également pu être décidé, de façon transitoire et pour la seule année 2025, de restreindre le périmètre de l’assiette de la clause de sauvegarde, en retirant les accès compassionnels en rétrocession.

Une autre option possible serait le décalage d’un an l’entrée en vigueur de la réforme. Néanmoins, la poursuite des conditions actuelles de calcul sur les chiffres d’affaires déclarés n’est pas satisfaisante au regard des difficultés et des aménagements consentis ces dernières années lors du recouvrement réalisé par l’ACOSS.

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

La mesure sera de nature à contribuer à la maîtrise de la progression des dépenses d’assurance maladie dans le champ des produits de santé et donc au respect de l’ONDAM pour l’année à venir et les années ultérieures, ce qui conformément aux dispositions du a) et c) du 1° de l’article LO.111-3-8 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L’article 48 du Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en

œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) qu’il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

De déterminer les conditions du droit ou de l’obligation de s’affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime ;

De définir les conditions requises pour l’octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu’il n’est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Concernant la clause de sauvegarde relative au dispositif médical des modifications sont apportées aux articles L. 138-19-8 et 138-19-9 du code de la sécurité sociale. Concernant la clause de sauvegarde relative au médicament, la mesure modifie les articles L. 138-10 à L. 138-15 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La présente mesure propose d’abroger la section 3 relative aux médicaments destinés au traitement de l’hépatite C (articles L. 138-19-1 à L.138-19-7 du CSS).

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L’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 par une meilleure prévisibilité des montants appelés ainsi qu’une économie de temps pour les administrations et les entreprises, menant donc à des gains indirects.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie	0	0	0	0	0
- AT-MP					

- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Cette mesure n’a pas d’impact économique supplémentaire par rapport à l’article 28 de la LFSS pour 2024 en dehors de la situation des laboratoires ayant des spécialités en accès compassionnel dispensées en rétrocession.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

- *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l’environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans impact supplémentaire par rapport à l’article 28 voté en LFSS pour 2024.

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

Clarification des processus par rapport à l’article 28 voté en LFSS pour 2024.

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

Sans impact supplémentaire par rapport à l’article 28 voté en LFSS pour 2024.

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

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

Un décret viendra préciser les modalités de transmission des données relatives aux montants remboursés par l’Assurance Maladie permettant de reconstituer l’assiette de la clause de sauvegarde du médicament.

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

La mesure sera mise en œuvre après publication de la loi, à compter du 1er janvier 2025 pour un appel l’année suivante.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l’ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale après modification
<p>I.-Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques mentionnées au II sont assujetties à une contribution lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux assurés sociaux au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ainsi que des marges prévues par les décisions prises sur le fondement de l'article L. 162-38 du présent code, des honoraires de dispensation définis à l'article L. 162-16-1 et des taxes en vigueur, est supérieur à un montant M déterminé par la loi.</p> <p>II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul du montant remboursé par l'assurance maladie mentionné au I du présent article sont :</p> <p>1° Ceux inscrits sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° Ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ;</p> <p>3° bis Ceux bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ;</p> <p>4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ;</p> <p>5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;</p> <p>6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.</p>	<p>I.-Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques mentionnées au II sont assujetties à une contribution lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux assurés sociaux au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ainsi que des marges prévues par les décisions prises sur le fondement de l'article L. 162-38 du présent code, des honoraires de dispensation définis à l'article L. 162-16-1, de l'écart rétrocession indemnisable défini au III de l'article L. 162-16-5 et de l'écart médicament indemnisable défini au III de l'article L. 162 16-6, et des taxes en vigueur, est supérieur à un montant M déterminé par la loi.</p> <p>II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul du montant remboursé par l'assurance maladie mentionné au I du présent article sont :</p> <p>1° Ceux inscrits pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° Ceux ou certaines de leurs indications seulement, inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ;</p> <p>2° bis Ceux ou certaines de leurs indications seulement, effectivement pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie obligatoire au titre de l'article L. 162-18-1 ;</p> <p>2° ter Ceux prescrits en application de l'article L. 5121-12-1-2 du code de la santé publique et effectivement pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie obligatoire à ce titre ;</p> <p>3° Ceux bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ;</p> <p>3° bis Ceux bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ;</p> <p>4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ;</p> <p>5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;</p> <p>6° Ceux acquis par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.</p>
Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale après modification

<p>I.-Le montant total de la contribution prévue à l'article L. 138-10 est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M définis au I du même article L. 138-10.</p> <p>II.-Le montant de la contribution due par chaque entreprise mentionnée au I de l'article L. 138-10 est déterminé :</p> <p>1° A concurrence de 70 %, au prorata du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l'assurance maladie défini au même I ;</p> <p>2° A concurrence de 30 %, en fonction de la progression du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue par rapport à l'année précédente défini audit I.</p> <p>III.-Le montant de la contribution est minoré, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138 13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part mentionnée au 2° du II du présent article, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe.</p> <p>Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie selon les modalités définies à l'article L. 138-10 au titre des médicaments que cette entreprise exploite, importe ou distribue.</p>	<p>I.-Le montant total de la contribution prévue à l'article L. 138-10 est égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M définis au I du même article L. 138-10.</p> <p>II.-Le montant de la contribution due par chaque entreprise mentionnée au I de l'article L. 138-10 est déterminé :</p> <p>1° A concurrence de 70 %, au prorata du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l'assurance maladie défini au même I ;</p> <p>2° A concurrence de 30 %, en fonction de la progression du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue par rapport à l'année précédente défini audit I.</p> <p>III.- Le montant de la contribution est minoré, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138 13.</p> <p>III. - Par dérogation au II :</p> <p>1° Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux assurés sociaux au titre d'un ou plusieurs médicaments mentionnés au II de l'article L. 138-10 dont une entreprise exploite, assure la distribution ou l'importation parallèle, minoré des marges, honoraires de dispensation et taxes mentionnés au I du même article, est inférieur au montant des remises déductibles mentionnées au même I cette entreprise est redevable, le montant de la contribution due par celle-ci est nul ;</p> <p>2° Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part mentionnée au 2° du II du présent article, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe dans les conditions mentionnées à l'article L. 138-14.</p> <p>IV. - Lorsque l'entreprise exploitant une spécialité mentionnée au II de l'article L. 138 10 cesse l'exploitation de cette spécialité et la transfère à une autre entreprise, la date d'entrée en vigueur de l'arrêté déterminant le changement d'exploitant publié au Journal officiel de la République française, est retenue comme date de référence pour le calcul des montants remboursés par l'assurance maladie imputés à chaque entreprise, au titre de la spécialité concernée.</p> <p>V. - Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable, déterminé conformément aux II à IV du présent article, ne peut excéder 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que cette entreprise exploite, importe ou distribue, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-10.</p>
<p>Article L. 138-13 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L. 138-13 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % du montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent être exonérées de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des</p>	<p>Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % du montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent être exonérées de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des</p>

<p>médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.</p> <p>Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 95 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.</p> <p>Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné au deuxième alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 95 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, calculé selon les modalités prévues au I de l'article L. 138-10.</p> <p>Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1, minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6.</p>	<p>médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.</p> <p>Une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 95 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.</p> <p>Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné au deuxième alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 95 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, calculé selon les modalités prévues au I de l'article L. 138-10.</p> <p>Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1, minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6.</p> <p>Dans le délai prévu au II de l'article L. 138-15, le comité économique des produits de santé notifie à chaque entreprise le montant de la remise exonératoire dont elle est redevable.</p>
<p>Article L. 138-15 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L. 138-15 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>I. - Avant le 15 juillet de l'année suivant celle pour laquelle la contribution est due, la Caisse nationale de l'assurance maladie, l'Agence technique de l'information sur les hospitalisations et l'Agence nationale de santé publique communiquent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que chaque entreprise redevable exploite, importe ou distribue.</p> <p>Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1.</p>	<p>I. - Avant le 15 juin juillet de l'année suivant celle pour laquelle la contribution est due, la Caisse nationale de l'assurance maladie, l'Agence technique de l'information sur les hospitalisations et l'Agence nationale de santé publique communiquent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que chaque assujetti entreprise redevable exploite, importe ou distribue.</p> <p>Avant le 15 juillet, le Comité économique des produits de santé communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour chaque entreprise redevable, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1.</p>

<p>L'agence centrale des organismes de sécurité sociale communique 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, importent ou distribuent.</p> <p>II. - Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.</p> <p>III. - La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>IV. - Lorsque l'entreprise redevable méconnaît le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour correction tardive.</p> <p>Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros.</p> <p>Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.</p>	<p>L'agence centrale des organismes de sécurité sociale communique 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, importent ou distribuent.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale communique sans délai aux entreprises assujetties concernées la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elles exploitent, importent ou distribuent. Les entreprises concernées sont réputées avoir accepté cette liste en l'absence de demande de rectification de leur part dans un délai de vingt jours. Avant le 31 juillet, le comité économique des produits de santé communique à l'organisme mentionné au deuxième alinéa, pour chaque assujetti, le montant des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1.</p> <p>II. - Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle la contribution est due, les organismes chargés du recouvrement de la contribution notifient à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.</p> <p>III. - La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>IV. – Lorsque la date du 15 juin mentionnée au I ne peut être respectée du fait d’un défaut ou d’une absence de transmission des données, la date de notification mentionnée au II est retardée à due concurrence et la date de versement de la contribution mentionnée au III est reportée un mois après cette notification.</p> <p>IV. – Lorsque l'entreprise redevable méconnaît le délai de rectification mentionné au dernier alinéa du même I, l'organisme chargé du recouvrement de la contribution met à sa charge une majoration forfaitaire pour correction tardive.</p> <p>Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue, par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros.</p> <p>Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.</p>
<p>Article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 ainsi qu'au titre des produits et prestations bénéficiant de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 est supérieur à un montant Z déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.</p>	<p>Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 ainsi qu'au titre des produits et prestations bénéficiant de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5, minoré de la taxe sur la valeur ajoutée, des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7, est supérieur à un montant Z déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.</p>

<p>La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 et la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 sont subordonnées à l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue au présent article.</p>	<p>La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 et la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 sont subordonnées à l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue au présent article.</p>
<p>Article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7.</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article. La part de ces derniers correspondant aux six premiers mois de l'année civile est communiquée par l'assurance maladie au plus tard le 30 septembre de cette même année.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au même premier alinéa.</p>	<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré de la taxe sur la valeur ajoutée, des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7.</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article. La part de ces derniers correspondant aux six premiers mois de l'année civile est communiquée par l'assurance maladie au plus tard le 30 septembre de cette même année.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au même premier alinéa.</p>
<p>Article L.138-19-1 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L.138-19-1 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.</p> <p>La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.</p>	<p>Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.</p> <p>La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.</p>
<p>Article L.138-19-2 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L.138-19-2 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament</p>	<p>L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur</p>

<p>figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 45 millions d'euros.</p> <p>Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou le tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.</p>	<p>la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 45 millions d'euros.</p> <p>Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou le tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.</p>																
<p>Article L.138-19-3 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L.138-19-3 du code de la sécurité sociale après modification</p>																
<p>Le montant total de la contribution est calculé comme suit :</p> <table border="1" data-bbox="194 851 801 1400"> <thead> <tr> <th>MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)</th> <th>TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %</td> <td>60 %</td> </tr> <tr> <td>S supérieur à W + 20 %</td> <td>70 %</td> </tr> </tbody> </table>	MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)	S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %	S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %	S supérieur à W + 20 %	70 %	<p>Le montant total de la contribution est calculé comme suit :</p> <table border="1" data-bbox="833 817 1439 1366"> <thead> <tr> <th>MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)</th> <th>TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %</td> <td>60 %</td> </tr> <tr> <td>S supérieur à W + 20 %</td> <td>70 %</td> </tr> </tbody> </table>	MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)	S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %	S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %	S supérieur à W + 20 %	70 %
MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)																
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %																
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %																
S supérieur à W + 20 %	70 %																
MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)																
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %																
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %																
S supérieur à W + 20 %	70 %																
<p>La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2.</p> <p>Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.</p> <p>Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur chaque contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du présent code, au prorata des montants de chaque contribution dus par l'entreprise.</p>	<p>La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2.</p> <p>Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.</p> <p>Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur chaque contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du présent code, au prorata des montants de chaque contribution dus par l'entreprise.</p>																

Article L.138-19-5 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.138-19-5 du code de la sécurité sociale après modification
<p>En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>	<p>En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>
Article L.138-19-6 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.138-19-6 du code de la sécurité sociale après modification
<p>La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.</p> <p>Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.</p>	<p>La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.</p> <p>Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.</p>
Article L.138-19-7 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.138-19-7 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.</p>	<p>Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.</p>

Article 13 – Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources permanentes auxquelles l'ACOSS peut recourir

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

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

Si l'ACOSS a pu par le passé avoir recours au financement bancaire et avec des partenaires institutionnels, notamment auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), elle se finance depuis 2021 uniquement sur les marchés financiers. En 2023, l'encours de dette moyen était réparti entre deux marchés financiers :

- Le marché des *Euro commercial papers* (ECP) pour un encours moyen de 13,9 Md€ ;
- Le marché des *negotiable european commercial papers* (Social NeuCP) pour un encours moyen de 4,5 Md€.

Pour couvrir ses besoins, l'ACOSS est autorisée à émettre sur les marchés financiers des titres de dette pour une durée inférieure à 1 an. La maturité (échéance de remboursement) moyenne de ses titres est en 2023 de 36 jours, tous marchés confondus. Enfin, le taux moyen annuel de financement, qui est déterminé en rapportant son coût de financement au montant moyen emprunté durant l'année, marque une forte hausse en 2023 par rapport à la période 2012-2022. En 2023, sous l'effet de la remontée globale des taux d'intérêt, le taux de financement est de 2 %. Par conséquent, son coût de financement s'est établi à 564,6 M€ en 2023.

Les dispositions de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale ouvrent la possibilité pour l'ACOSS d'octroyer, contre rémunération et selon certaines limites de maturité, des avances de trésorerie aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale habilités par la loi à recourir à l'emprunt. Sur l'année 2023, la CANSSM, la CNRACL et la CPRP SNCF ont bénéficié dans ce cadre d'avances de trésorerie pour un encours moyen de 4,2 Md€. De plus, le montant cumulé des avances de trésorerie à la CNRACL a doublé entre 2022 et 2023 et s'est élevé à 4,2 Md€ en 2023 contre 2,1 Md€ en 2022. Depuis 2023, conformément aux évolutions du marché, le taux d'intérêt appliqué par l'ACOSS aux avances de trésorerie est positif.

La durée des emprunts contractés par l'ACOSS ne peut pas excéder un an. Cette contrainte légale s'inscrit dans l'ensemble des règles visant à limiter le rôle de l'ACOSS à la gestion de la trésorerie du régime général, dont le recours à l'emprunt a pour objectif de répondre à des besoins de financement non permanents. Cependant cette limitation de la durée des emprunts peut représenter une difficulté de gestion de trésorerie, et s'avère même contraire à l'objectif de sécurisation de la couverture des besoins de financement, alors même que les orientations issues des enseignements de la crise sanitaire conduisent l'ACOSS à allonger la maturité moyenne de ses emprunts afin de disposer d'une marge de précaution et d'une visibilité plus importantes que par le passé en cas de choc exogène. La limitation stricte de la durée d'emprunt s'avère contraignante face à cette logique de sécurisation.

En complément des mesures de redressement proposées dans le présent projet de loi, il convient d'anticiper cette hausse probable des besoins de financement d'une part et d'optimiser la gestion à court terme d'autre part.

b) Mesure proposée

Mesure n°1 - Fixation de l'autorisation à recourir à des ressources non permanentes

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

Ces plafonds sont significativement relevés en 2025 pour l'ACOSS et la CNRACL en raison du maintien de déficits importants qui, en l'absence de reprise par la CADES, augmentent mécaniquement le besoin de financement de l'année suivante d'autant. Ainsi, le plafond de la CNRACL fixé en 2024 à 11 Md d'euros est relevé à 13,2 Md d'euros en cohérence avec un déficit pour 2025 attendu autour de 2,4 Md€. Celui de l'ACOSS qui englobe l'ensemble de ces besoins est quant à lui relevé de 20 Md€ (45 à 65 Md€), hausse qui correspond à la somme des déficits du régime général et de la CNRACL attendus en 2025 d'une part et à la variation nette des effets de trésorerie d'autre part. Ce plafond permettra notamment, avec une marge raisonnable, de faire face au besoin de financement maximal prévu en décembre 2025. Ce besoin de financement dépend lui-même de la mise en œuvre de l'ensemble des mesures de redressement pour 2025 qui sont prises en compte

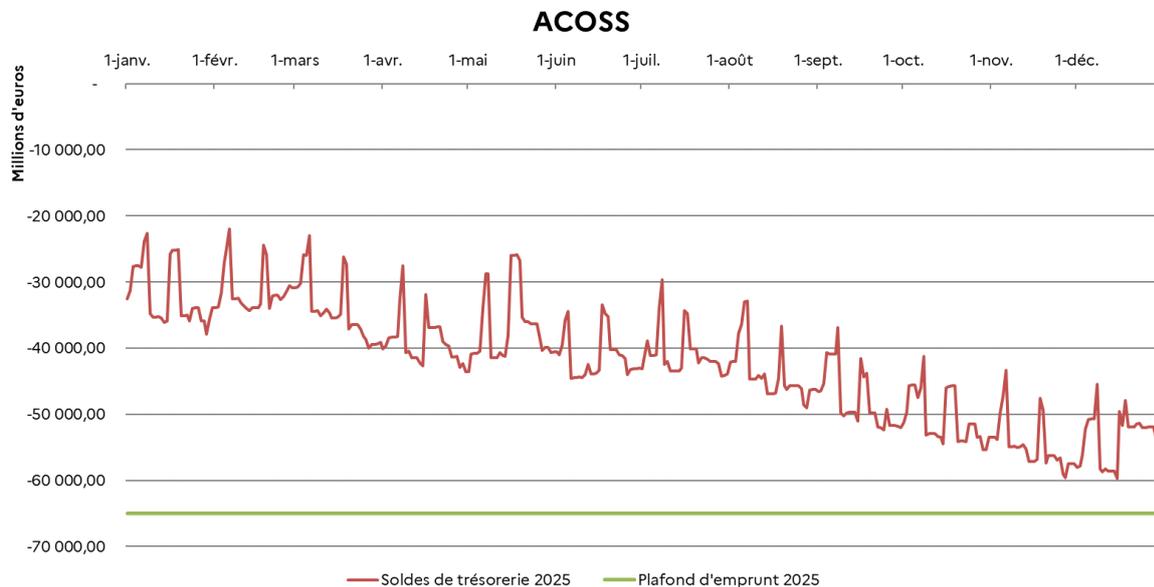
¹ Le profil de trésorerie est présenté avec plus de détail en annexe 3 de la présente loi de financement.

Article 13 – Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources permanentes auxquelles l'ACOSS peut recourir

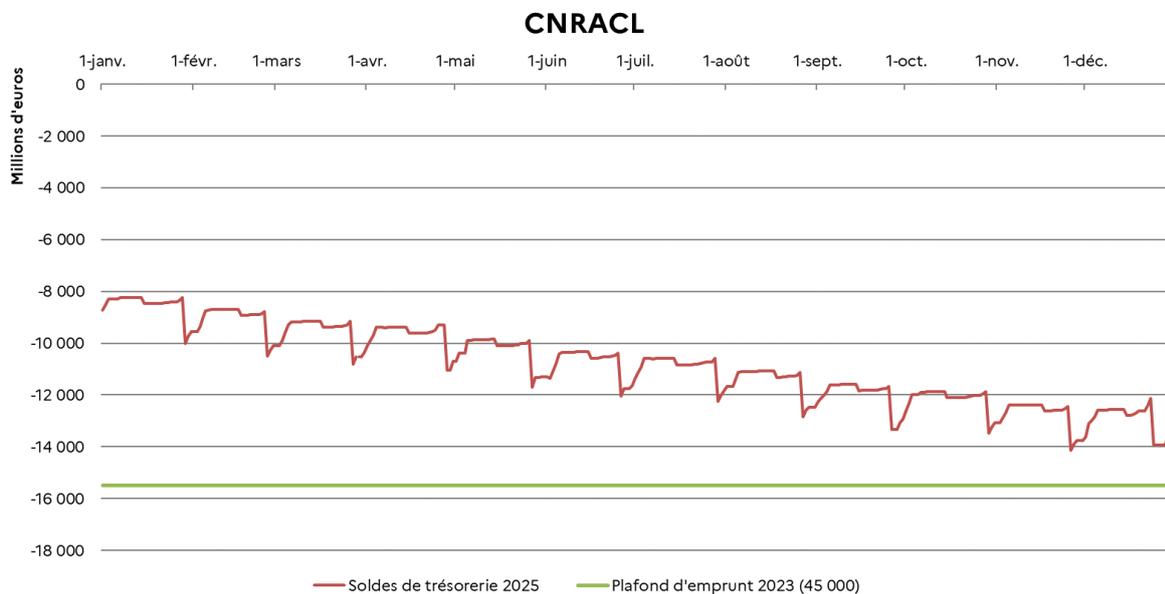
dans le tableau d'équilibre financier, retracées dans l'annexe 3 de la présente loi et de l'atteinte des objectifs de solde fixés par le PLFSS déposé au Parlement.

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

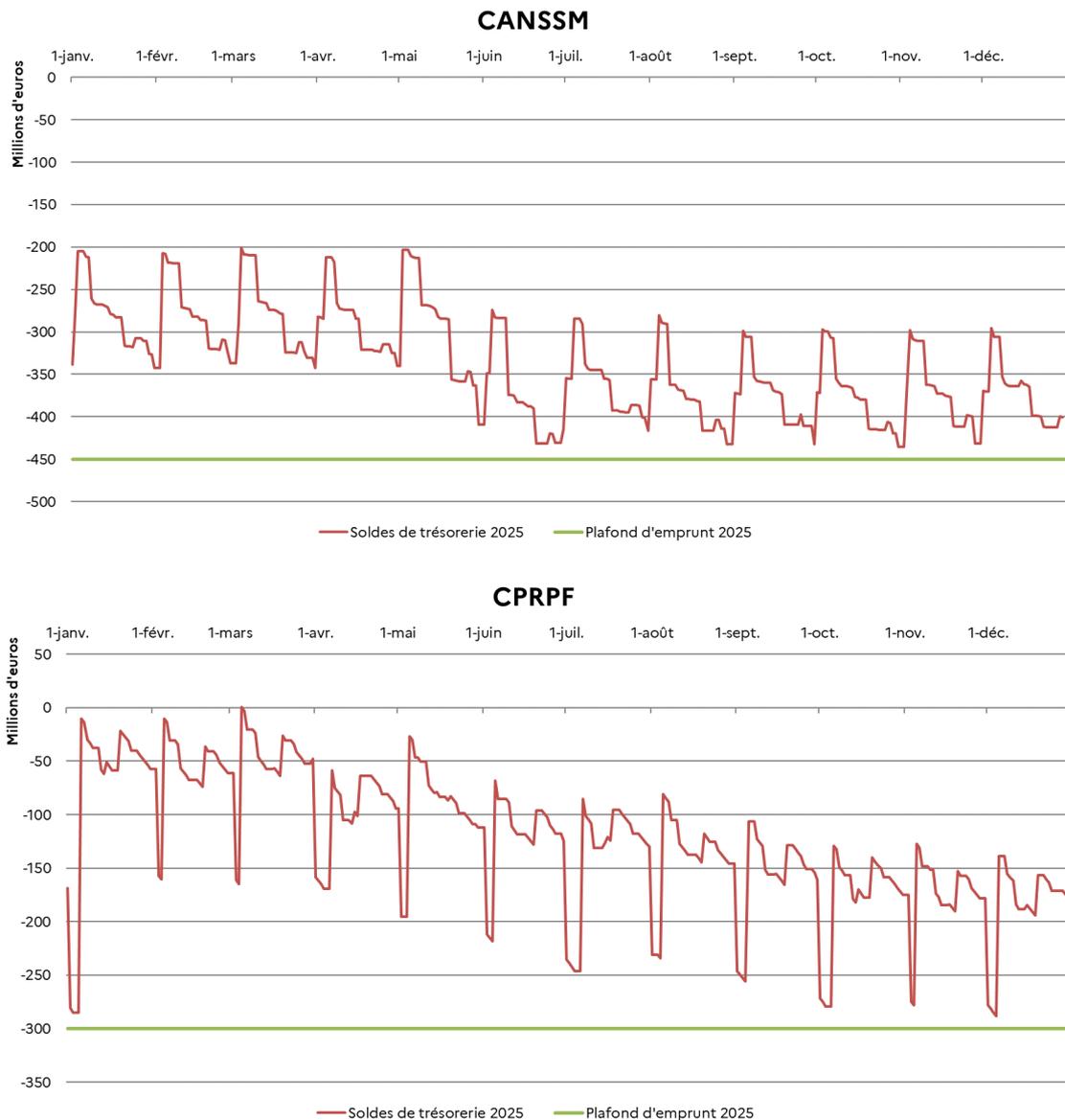
Profils de trésorerie prévisionnels bruts des organismes de sécurité sociale autorisés à recourir à des ressources non permanentes en 2025.



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



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



Mesure n°2 - Permettre à l'ACOSS de recourir à des ressources non permanentes d'une durée inférieure à 24 mois

Le recours par l'ACOSS à l'emprunt pour couvrir les besoins de financement est strictement encadré par les textes. En effet, aux termes de la loi organique, seule la LFSS peut autoriser, chaque année, les régimes à recourir à l'emprunt, dans la limite d'un plafond qu'elle détermine. Le recours à l'emprunt constitue donc une modalité par exception, soumise à autorisation préalable. Cette disposition organique limite également, par principe, la possibilité d'emprunter à l'année en cours. L'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale limite actuellement la capacité d'emprunt de l'ACOSS à une durée d'un an. Il en résulte qu'aucun emprunt ne peut être contracté pour une durée supérieure à 12 mois. Cette limitation vise à empêcher la constitution d'une dette pérenne dont la durée serait progressivement allongée et le remboursement différé voire abandonné.

Cependant, même si le cadre juridique permet de contracter des emprunts d'une durée maximale d'un an, la durée moyenne des émissions de l'ACOSS est d'environ un mois et demi et ne dépasse que rarement les trois mois. Cet écart important entre les possibilités légales et la réalisation pratique s'explique par les conditions d'emprunt offertes par les marchés des « titres négociables à court terme » ou « NEU CP » (*Negotiable European Commercial Paper*) et « euro commercial paper » (ECP), marchés d'emprunts à court terme sur lesquels les titres s'achètent sur une durée moyenne d'un mois. À l'inverse, l'ACOSS n'est pas autorisée à intervenir sur le marché des NeuMTN (titres d'une durée minimale d'un an) car l'encadrement législatif restreint son champ aux seuls titres d'une durée maximale d'un an. Il en résulte une forte contrainte sur la gestion de trésorerie puisque l'ACOSS ne peut ainsi optimiser suffisamment la gestion de son besoin d'emprunt qui supposerait de recourir à une offre plus diversifiée, mélangeant des durées d'emprunt très courtes ou un peu plus longues. En outre, le recours désormais quasi exclusif aux financements de marché, cohérent avec une optimisation des coûts, a accru le financement de la dette à très court terme, alors que le recours par le passé à des emprunts contractés auprès de la Caisse des dépôts et consignations, notamment, garantissait en pratique une base de financement plus pérenne pour l'ensemble de l'année, les conventions-cadre avec la Caisse des dépôts étant passées sur une base pluriannuelle.

Si un redressement à moyen terme de la trajectoire de la sécurité sociale, engagé par le projet de loi de financement, est la seule mesure de nature à garantir la pérennité globale du système de financement, la sécurisation des conditions de gestion de la trésorerie de la sécurité sociale demeure nécessaire.

Il est donc proposé, dans un contexte où les besoins de financement de l'ACOSS vont de nouveau s'accroître, de modifier les dispositions légales applicables afin de permettre d'emprunter sur des durées allant jusqu'à 24 mois au lieu de 12. En pratique, il est cependant anticipé que la plus grande part des emprunts resteront contractés pour une durée inférieure à 12 mois. Aussi est-il proposé pour empêcher un report important de la dette, et sans nuire à l'efficacité de la mesure, d'interdire que la durée moyenne des emprunts puisse excéder 12 mois. Le recours aux différentes durées d'emprunt continuera d'être planifié dans le cadre des programmes annuels d'émission.

La limitation de la durée moyenne pondérée des emprunts de l'ACOSS à 12 mois correspondra à la durée, exprimée en jours, des emprunts souscrits par l'ACOSS en fonction de leur montant. Elle sera donc égale, pour une année civile donnée, à la moyenne des durées moyennes journalières pondérées des emprunts de l'ACOSS calculée pour une année glissante de la façon suivante : (montant initial de l'emprunt 1 x durée initiale de l'emprunt 1) + (montant initial de l'emprunt 2 x durée initiale de l'emprunt 2) + (montant initial de l'emprunt n x durée initiale de l'emprunt n) / somme des montants initiaux des emprunts de l'ACOSS observée chaque jour.

L'allongement de la durée des emprunts permettra en premier lieu à l'ACOSS de diversifier les titres émis en accédant au marché des NeuMTN (titres de moyen terme), équivalent du marché des NeuCP (titres de court terme) sur lequel elle est déjà présente, mais pour des émissions dont la durée est comprise entre 12 et 24 mois. L'ACOSS pourra par ailleurs toujours recourir à des prêts bancaires, auprès de la Caisse des dépôts ou bien d'autres établissements bancaires, en fonction des taux proposés. En pratique, le recours à des titres dont la durée comprise entre 12 et 24 mois devrait conduire à relever la durée moyenne des titres de l'ACOSS, qui devrait être portée de 3 à 6 mois, soit un niveau suffisant pour améliorer la gestion de la dette sans remettre en cause la dichotomie fondamentale entre la dette gérée par l'ACOSS à très court terme et la dette amortie sur le moyen terme par la CADES.

c) Autres options possibles

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

Concernant l'allongement de la durée des emprunts de l'ACOSS, une autre option aurait pu consister à fixer seulement une durée moyenne annuelle comme limite du recours aux ressources non permanentes. Une telle option reviendrait cependant à permettre, au moins théoriquement, à l'ACOSS de recourir à des titres de moyen ou long terme, contrairement au principe même d'amortir la dette sociale sans la faire peser sur les générations futures.

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

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

La place de la mesure d'allongement de la durée des emprunts de l'ACOSS en LFSS repose sur le 1° de l'article LO. 111-3-7 du code de la sécurité sociale, au titre de ses effets sur « les recettes des régimes obligatoires de base [et] l'amortissement de leur dette » et du 3° du même article au titre des dispositions « relatives à la trésorerie et la comptabilité des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant [...] à l'amortissement de leur dette ».

Le cadre du recours aux ressources non-permanentes relève également du niveau législatif (article L. 139-3 du code de la sécurité sociale) et sa modification a des conséquences sur la charge d'intérêt supportée annuellement par l'ACOSS.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres en matière de sécurité sociale. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en

œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Aucune.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune.

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

Sans objet.

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

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

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

Pour 2023, le taux moyen annuel de référence a été fixé à 1,9987 %, en tenant compte du solde entre les produits financiers des placements et les charges financières brutes du compte de l'ACOSS.

L'impact financier pour 2025 et les années suivantes dépendra de l'évolution de ces paramètres, fortement dépendants des variations des taux directeurs ainsi que des soldes journaliers des branches.

Pour ce qui concerne les partenaires, le taux d'intérêt refacturé par l'ACOSS est fixé par convention entre l'ACOSS et le partenaire, et éventuellement révisé par avenant avec l'accord des ministères de tutelle. Pour la CNRACL, il a par exemple été relevé à €STR + 20 bp au 1^{er} janvier 2024.

Dans l'hypothèse où l'ACOSS aurait recours à des emprunts dont la durée dépasserait les 12 mois, la charge d'intérêt afférente serait probablement plus importante que le coût des emprunts dont la durée serait inférieure à 12 mois.

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.139-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L.139-3 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'une ou plusieurs sociétés de financement ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.</p> <p>Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créances négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.</p> <p>Ces dispositions sont sans préjudice de prêts et avances pouvant être consentis aux régimes et organismes mentionnés au premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions d'approbation et de durée, par un organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de protection sociale ou par un organisme ou fonds mentionné au 6° de l'article LO 111-4-1.</p>	<p>Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à deux vingt-quatre mois et dont la durée moyenne annuelle pondérée est inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'une ou plusieurs sociétés de financement ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.</p> <p>Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créances négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.</p> <p>Ces dispositions sont sans préjudice de prêts et avances pouvant être consentis aux régimes et organismes mentionnés au premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions d'approbation et de durée, par un organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de protection sociale ou par un organisme ou fonds mentionné au 6° de l'article LO 111-4-1.</p>

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

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.

Dans le secteur de la biologie médicale (pour lequel le total des montants remboursés par l'AMO devrait s'élever en 2024 à 3,4 Md€), le protocole 2024-2026 de maîtrise des dépenses de biologie prévoit une croissance de l'enveloppe dédiée à ces actes de 0,4 % par an.

Dans le secteur de l'imagerie, des protocoles de maîtrise des dépenses avaient été régulièrement signés par les partenaires conventionnels jusqu'à la crise sanitaire et n'ont pas été renouvelés depuis. Or, alors que les montants remboursés pour des activités CCAM d'imagerie médicale (hors échographie) en secteur libéral s'élevaient à 3,4 Md€, les dépenses brutes remboursées par l'AMO ont cru en 2023 de 7,9 %, soit bien au-delà du taux d'évolution des dépenses de soins de ville et, au-delà, de la trajectoire de l'ONDAM.

b) Mesure proposée

Il est proposé de renforcer les outils mobilisables pour maîtriser les dépenses remboursées par l'assurance maladie dans certains secteurs particulièrement dynamiques.

La mesure vise en premier lieu à fournir un cadre légal aux protocoles sectoriels de maîtrise des dépenses d'assurance maladie dans le domaine de l'imagerie et de la biologie conclus entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé, sur le modèle du protocole de maîtrise des dépenses de biologie, ou des protocoles de maîtrise des dépenses d'imagerie médicale qui étaient régulièrement signés avant la crise sanitaire. Ce cadre prévoit notamment, que :

- Ces accords peuvent être conclus à l'échelon national par les parties aux conventions monoprofessionnelles, après information des organisations représentatives des professionnels de santé, de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie et des ordres professionnels de l'ouverture des négociations. Ils fixent notamment un objectif de maîtrise de la dynamique des dépenses remboursées par l'Assurance maladie et des mesures correctrices en cas de non-respect de celui-ci. La mesure prévoit d'appliquer en large partie à ces protocoles les mêmes règles de signature et d'approbation que celles en vigueur pour les conventions ;
- En cas de non-respect de l'objectif fixé dans le protocole et si les mesures correctrices négociées par les partenaires conventionnels sont insuffisantes ou inexistantes – ce constat étant établi selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat – le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est habilité à procéder à des mesures de baisses des tarifs conventionnels des actes et, le cas échéant, des forfaits techniques par décision unilatérale ou à modifier les conditions d'inscription des actes à la nomenclature ;
- Afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir les partenaires conventionnels pour qu'un tel protocole soit signé dans un délai de quatre mois. A défaut, ils sont habilités par la mesure à procéder à des baisses des tarifs conventionnels des actes et, le cas échéant, des forfaits techniques par décision unilatérale ou à modifier les conditions d'inscription des actes à la nomenclature.

La mesure vise ensuite, pour tenir compte de la dynamique des dépenses dans les secteurs de l'imagerie en 2024 et anticiper les évolutions à venir en 2025, à encourager et sécuriser la signature d'un nouveau protocole de maîtrise des dépenses avant le 30 avril 2025, permettant de réaliser un montant d'au moins 300 M€ d'économies sur les années 2025 à 2027 par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire dans le champ de l'imagerie. À défaut de signature d'un tel accord, la mesure habilite le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à procéder à des baisses des tarifs des actes et forfaits techniques d'imagerie par décision unilatérale.

c) Autres options possibles

Le champ d'application de ces protocoles aurait pu concerner l'ensemble du champ conventionnel. Dans un souci d'acceptabilité de la mesure, il est toutefois proposé de s'en tenir dans un premier temps aux secteurs de la biologie et de l'imagerie.

Par ailleurs, si les mesures de baisses unilatérales de tarifs en cas de non-respect des objectifs de maîtrise des dépenses fixés dans les protocoles ou en l'absence de signature d'un protocole à la suite d'une saisine des ministres de la sécurité sociale sont réalisées par décision unilatérale du directeur général de l'UNCAM dans l'option proposée, il aurait été envisageable de prévoir qu'elles soient réalisées par arrêté ministériel.

Enfin, il a été envisagé de recourir à la procédure de règlement arbitral prévue à l'article L. 162-14-2 en cas d'échec des négociations du protocole. Cette option a toutefois été écartée car, en alourdissant la procédure, elle allongerait les délais

entre le lancement des négociations et l'application effective du protocole, et réduirait d'autant son impact sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

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

La mesure vise à maîtriser les dépenses d'assurance maladie dans plusieurs secteurs au sein desquels une dynamique importante est constatée sur les volumes d'actes réalisés.

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

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par décret ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure pourrait trouver sa place au sein de la section 2.2. du chapitre 2 du titre VI du livre I de la partie législative du code de la sécurité, par le rétablissement d'articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Collectivités d'outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Applicable

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le cadre juridique proposé pour la signature d'accords de maîtrise des dépenses trouvera à s'appliquer pour les années à venir dans le secteur de l'imagerie et de la biologie.

S'agissant de la biologie, le protocole existe déjà et comporte des économies sous-jacentes intégrées dans la construction de l'ONDAM.

S'agissant en revanche de l'imagerie, le protocole pourrait permettre de réaliser une économie de l'ordre de 100 M€ par an au cours des trois prochaines années.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie		+100	+100	+100	
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

La mesure pourrait limiter la croissance du revenu des professionnels de santé exerçant dans les secteurs concernés par les accords de maîtrise des dépenses, sans pour autant les réduire.

b) impacts sociaux

La mesure pourrait se traduire par la mise en place d'actions de maîtrise médicalisée, afin de réduire le nombre d'examens sans ou à faible valeur ajoutée réalisés. Au-delà de leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, ces actions peuvent permettre de réduire les délais de rendez-vous pour les examens les plus importants.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

La mesure devrait contribuer à lutter contre la réalisation d'actes inutiles, en limitant ainsi leur impact sur l'environnement.

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

La mesure pourra nécessiter la mise à jour des nomenclatures et l'accompagnement des actions de maîtrise médicalisée.

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

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

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

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

Un décret en Conseil d'Etat devra être adopté pour préciser la procédure de constat du non-respect des objectifs de maîtrise de dépenses fixés dans l'accord. Sa publication est prévue pour le premier trimestre 2025.

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

La mesure est d'application immédiate.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi de l'évolution des dépenses de soins de ville.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Titre 2.2. du chapitre II du titre VI du livre Ier de la partie législative du code de la sécurité sociale « Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins » avant modification	Titre 2.2. du chapitre II du titre VI du livre Ier de la partie législative du code de la sécurité sociale « Accords de maîtrise des dépenses, accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins » après modification
	Article L. 162-12-18
	<p>Des accords de maîtrise des dépenses peuvent être conclus, à l'échelon national dans le champ de l'imagerie médicale et de la biologie, par les parties à la ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-14. Ces accords définissent pour une durée pluriannuelle :</p> <p>1° Des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses ;</p> <p>2° Les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter ces objectifs ;</p> <p>3° Les modalités de suivi du respect de ces objectifs ;</p> <p>4° Les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect annuel ou infra-annuel des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire mentionnés au 1°.</p> <p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe les organisations syndicales représentatives, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie et les conseils nationaux des ordres concernés, de son intention d'ouvrir une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses. La validité de cet accord est subordonnée au respect des conditions prévues à l'article L. 162-14-1-2. Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet l'accord signé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui l'approuvent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-15.</p>
	Article L. 162-12-19
	<p>En cas de non-respect des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire de l'accord de maîtrise des dépenses mentionné à l'article L. 162-12-18, constaté annuellement ou en cours d'année, et lorsque les mesures prévues au 4° de l'article précité ne sont pas adoptées ou sont insuffisantes, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, par dérogation aux articles L. 162-14-1 et L. 162-1-9-1, décider de mesures de baisses des tarifs. Les conditions d'application de ces dispositions sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
	Article L. 162-12-20
	<p>Afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir les parties mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-12-18 afin qu'un accord de maîtrise des dépenses soit conclu dans un délai de quatre mois à compter de la saisine. A défaut d'accord valablement conclu dans ce délai, les ministres peuvent adopter par arrêté des mesures de baisses des tarifs pendant une durée de quatre mois.</p>

Article 16 – Extension du champ de l’accompagnement à la pertinence des prescriptions

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Certains actes, produits de santé ou prestations sont souvent prescrits en dehors des recommandations de la HAS ou des indications définies dans les différentes nomenclatures. L’article 73 de la LFSS pour 2024 a prévu un dispositif d’accompagnement à la prescription pour les produits de santé, mais ce dispositif n’est pas applicable à d’autres actes et prescriptions comme les transports de patients ou certains examens de biologie ou d’imagerie médicale. L’extension de ce dispositif permettra d’améliorer la pertinence des prescriptions et d’éviter des phénomènes de sur-recours et de gaspillage. L’objectif de cet accompagnement est de renforcer le bon usage et la juste prescription de certains actes ou prestations, auxquels il est largement recouru, et présentant des risques de mésusage, en incitant le prescripteur à s’interroger sur sa prescription à partir de quelques critères fondamentaux résultant de référentiels et recommandations de bonnes pratiques.

Dans les faits, deux secteurs seront principalement concernés :

- les prescriptions de transports de patients : les dépenses de transports de patients (ambulances et véhicules sanitaires légers) et de transports en taxis conventionnés ont atteint leur plus haut niveau historique en 2023 avec 6,3 Md€ remboursés par l’Assurance maladie, soit une croissance de +9 % en une année. Parallèlement, les **dépenses moyennes par trajet ont augmenté pour les ambulances (115 € en 2023) et les taxis (61 € en 2023)** tandis qu’elles se sont **stabilisées pour les véhicules sanitaires légers (VSL, 35 € en 2023)**. La prescription du moyen de transport le plus adapté à l’état de santé du patient constitue donc un enjeu majeur pour la maîtrise de l’évolution de ces dépenses.
- les actes de biologie : à titre d’exemple, entre 2015 et 2022, le nombre de dosage sanguin en vitamine D a augmenté de 76 % et représente une dépense annuelle de plus de 40 M€ de remboursement. Or ce dosage n’est préconisé et pris en charge par l’assurance maladie que dans six situations, la HAS ayant conclu dès 2013 que le dosage de la vitamine D dans le sang n’apportait pas de renseignements utiles aux professionnels de santé.

Dans un second temps, cette mesure pourrait être étendue à d’autres actes, comme les examens d’imagerie médicale.

Concernant le dispositif médical, le distributeur au détail n’est pas nécessairement un professionnel de santé. La transmission du formulaire prévu au nouvel article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale ne serait donc pas opérationnelle. Cependant des mésusages peuvent exister sur ce secteur comme avec les capteurs de glycémie ou les sièges coquilles.

Le périmètre d’application de ce dispositif étant prévu par la loi, son extension nécessite une mesure législative.

b) Mesure proposée

Cette mesure conditionne la prise en charge d’un produit de santé, d’un acte ou d’une prestation au renseignement par le prescripteur – le médecin mais aussi potentiellement d’autres professionnels de santé – d’éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription sur un formulaire dédié, via un téléservice ou en cas d’impossibilité sous forme papier ou au format pdf téléchargeable. Pour bénéficier d’une prise en charge, le patient doit fournir ce formulaire au professionnel en charge de lui délivrer le produit de santé ou de réaliser l’acte ou la prestation prescrit. En pratique, le prescripteur est accompagné dans sa prescription à travers quelques questions lui permettant de rédiger son ordonnance. En fonction des informations saisies par le prescripteur, la prescription sera considérée conforme ou non aux recommandations. Si elle ne l’est pas, le patient qui en aura été informé par le prescripteur (qui aura pu modifier sa prescription ou la confirmer), et par le professionnel chargé de réaliser l’acte ne bénéficiera pas de prise en charge par l’assurance maladie de cet acte ou de cette prestation.

Pour les examens de biologie médicale, les actes dont la prise en charge est subordonnée au renseignement de ce formulaire seront précisés par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

Si l’examen prescrit est réalisé malgré l’absence de formulaire ou lorsque le formulaire atteste du fait que la prescription est réalisée en dehors des indications ou recommandations :

- l’examen n’est pas pris en charge par l’Assurance maladie ;

- le biologiste est tenu d’informer le patient du caractère non remboursable de cet acte, de lui demander son accord pour le réaliser et de mentionner cet examen non remboursable sur la feuille de soins.

Pour les transports, la mesure proposée doit permettre au prescripteur de cibler les transports pour les patients présentant des déficiences ou des incapacités, en réservant les ambulances aux seuls patients devant être :

- transportés en position allongée ou semi-assise,
- ou brancardés ou portés, ou surveillés par une personne qualifiée ou être sous oxygène,
- ou transporté dans des conditions d’asepsie particulière.

En dehors de ces situations, le recours à une ambulance ne se justifie pas et c’est donc un transport assis professionnalisé (TAP) en VSL ou en taxi qui doit être prescrit au patient si ce dernier présente des déficiences ou incapacités. Si ce dernier ne présente aucune incapacité ou déficience, le médecin peut toutefois prescrire le recours au véhicule personnel ou à un transport en commun qui pourra faire l’objet d’un remboursement par l’assurance maladie.

La mesure prévue dans l’article 73 de la LFSS 2023 est déjà applicable pour le champ du dispositif médical et des activités de télésurveillance. Cependant une clarification est apportée afin d’assurer la bonne application au champ de la Liste des Produits et Prestations (LPP).

c) Autres options possibles

D’autres dispositifs plus lourds en gestion pour le prescripteur comme pour l’Assurance maladie auraient pu être envisagés, comme la mise en place de nouvelles demandes d’accord préalable. Elles supposent toutefois des temps de traitement et une mobilisation très forte du service médical de l’Assurance maladie.

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

Cette mesure devrait permettre de réaliser une économie sur les dépenses de l’assurance maladie. Sa place en LFSS est donc justifiée en application du 1°b) de l’article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) qu’il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

Il n’existe pas de règlement ou de jurisprudence s’appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n’est pas contraire aux règles fixées par décret ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

La mesure implique la création d’un nouvel article L. 162-1-7-1.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Le nouvel article L. 162-1-7-1 proposé inclut l’accompagnement à la prescription des produits de santé. Par conséquent, l’article L. 162-19-1 est abrogé.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

- **S’agissant des actes de biologie**

La mesure pourrait être appliquée dans un premier temps :

- aux dosages de vitamine D, qui représentent une dépense annuelle de 45 M€. Le mésusage, entendu comme la réalisation de cet acte en dehors des recommandations et référentiels de bonnes pratiques est évalué autour de 25 M€. En considérant que la mise en place de la mesure pourrait permettre de réduire ce mésusage de 30 % – le reste reposant sur des actions de maîtrise médicalisée – la mesure génèrerait une économie de 7,5 M€ ;
- aux dosages du taux de thyroïdostimuline (TSH), qui représentent une dépense annuelle de 156 M€. Le mésusage, entendu comme la réalisation de cet acte en dehors des recommandations et référentiels de bonnes pratiques est évalué autour de 15 M€. En considérant que la mise en place de la mesure pourrait permettre de réduire ce mésusage de 65 % – le reste reposant sur des actions de maîtrise médicalisée – la mesure génèrerait une économie de 10 M€ ;
- aux examens cytobactériologiques des urines (ECBU), qui représentent une dépense annuelle de 121 M€. Le mésusage, entendu comme la réalisation de cet acte en dehors des recommandations et référentiels de bonnes pratiques est évalué autour de 36 M€. En considérant que la mise en place de la mesure pourrait permettre de réduire ce mésusage de 83 % – le reste reposant sur des actions de maîtrise médicalisée – la mesure génèrerait une économie de 30 M€.

- **S’agissant des transports de patients**

Une expérimentation conduite dans le Val de Marne, qui consistait en l’accompagnement renforcé des médecins généralistes sur les sujets relatifs aux prescriptions de transport, a permis un report de 10 % de prescriptions des trajets en ambulances vers du transport assis professionnalisé (TAP) et un report de 10 % de trajets en TAP vers des trajets en véhicule personnel. Elle est proche de ce qui est envisagé au travers de la présente disposition.

Dans le cadre de cette expérimentation, près de 90 % des médecins généralistes du Val de Marne faisaient l’objet d’un accompagnement. En 2023, dans ce département, le montant moyen de transports de patients prescrits s’élevait à 26 531 €. La moyenne France entière est évaluée à 20 311 € par médecin généraliste.

La mesure présentée dans ce PLFSS se déploierait dans un premier temps auprès des prescripteurs en ville. A ce stade, il n’est pas fait d’hypothèse d’économie sur les prescriptions hospitalières de transports, en l’absence de visibilité sur la date de déploiement du téléservice à l’hôpital. En effet, vu le volume des prescriptions de transports concernées, l’usage du mode dégradé (formulaire papier) n’est pas envisageable. Dans le cadre du déploiement en ville, dans l’hypothèse d’une appropriation progressive par les prescripteurs libéraux, sur trois ans à compter de la mi-année 2025, un report de 10 % des transports vers un mode de prise en charge moins onéreux permettrait, à terme, une économie évaluée à 114 M€.

- **Concernant la clarification sur le champ du dispositif médical**, le niveau d’économie généré dépendrait du champ d’application défini.

Un exemple de mésusage est celui des capteurs de glycémie (mesure en continue du glucose et flash d’autosurveillance de la glycémie). Compte tenu de la dépense remboursée par l’assurance maladie de l’ordre de 400 M€ en 2023, sur une hypothèse d’un taux de mésusage compris entre 1 et 2 %, le gain pourrait être compris entre 4 et 8 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS		+66 M€	+123 M€	+161 M€	+161 M€
- Maladie					
- Dont biologie		+47 M€	+47 M€	+47 M€	+47 M€
- Dont imagerie					
- Dont transports		+19 M€	+76 M€	+114 M€	+114 M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Ces mesures s'inscrivent dans une dynamique de sobriété qui aura aussi des effets positifs sur l'environnement.

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

Sans objet.

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

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

Les assurés doivent aujourd'hui présenter une ordonnance pour que les examens ou les prestations qui leur sont prescrits soient pris en charge par l'Assurance maladie. Ils devront désormais présenter en plus, le cas échéant, le formulaire généré par le téléservice d'accompagnement à la prescription.

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

L'introduction de nouveaux actes et prestations dans les dispositions d'accompagnement à la prescription nécessitera une évolution du téléservice conçu par l'Assurance maladie.

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

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des ressources existantes.

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

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

- Un décret en Conseil d’Etat sera nécessaire pour préciser les conditions d’application des nouvelles dispositions de l’article L. 162-1-7-1.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sera adopté pour préciser la liste des produits, actes et prestations concernés par ce dispositif.

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

Un délai de six mois sera nécessaire pour adopter les textes d’application de cette mesure.

Le téléservice sera opérationnel avant la fin de l’année 2024 et déployé d’abord sur des médicaments.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés de ces évolutions au travers des sites d’information gouvernementaux et d’une campagne de communication de l’Assurance maladie.

d) Suivi de la mise en œuvre

L’évolution des dépenses de biologie et de transports sanitaires fera l’objet d’un suivi via les informations issues du système national des données de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.162-1-7-1 avant modification	Article L. 162-1-7-1 après modification
[Abrogé]	<p>La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient peut être subordonnée, en cas d'impact financier pour l'assurance maladie ou de risque de mésusage, à la présentation par le patient d'un document, établi par le prescripteur, indiquant, à l'exclusion de toute autre donnée médicale, que sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la Haute autorité de santé.</p> <p>Aux fins d'établir le document mentionné au premier alinéa, le prescripteur renseigne, dans des conditions précisées par voie réglementaire, des éléments permettant de vérifier si sa prescription s'inscrit ou non dans le cadre de ces indications ou recommandations. Ces renseignements sont transmis au service du contrôle médical.</p> <p>En l'absence du document mentionné au premier alinéa, ou lorsque celui-ci indique qu'une prescription ne s'inscrit pas dans les indications remboursables ou les recommandations, le professionnel appelé à exécuter la prescription recueille l'accord du patient pour délivrer ou réaliser les produits, actes et prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale fixent par arrêté les produits, actes et prestations soumis aux dispositions du présent article. Ces arrêtés précisent la nature des informations à renseigner par le prescripteur en application du deuxième alinéa.</p>
Article L.162-19-1 avant modification	Article L. 162-19-1 (abrogé)
<p>La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance ou sur un formulaire prévu à cet effet par le professionnel de santé d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.</p> <p>Lors de la prescription, le recours au formulaire mentionné au premier alinéa, accessible le cas échéant par un téléservice, peut être exigé afin d'attester le respect du même premier alinéa. Ce document est à présenter au pharmacien ou, le cas échéant, à un autre professionnel de santé en vue de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie du produit de santé et de ses prestations éventuellement associées. Il peut être dérogé en tant que de besoin, pour la mise en œuvre du présent alinéa, aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre.</p> <p>Ces éléments ainsi que tout autre élément requis sur l'ordonnance sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par</p>	<p>La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance ou sur un formulaire prévu à cet effet par le professionnel de santé d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.</p> <p>Lors de la prescription, le recours au formulaire mentionné au premier alinéa, accessible le cas échéant par un téléservice, peut être exigé afin d'attester le respect du même premier alinéa. Ce document est à présenter au pharmacien ou, le cas échéant, à un autre professionnel de santé en vue de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie du produit de santé et de ses prestations éventuellement associées. Il peut être dérogé en tant que de besoin, pour la mise en œuvre du présent alinéa, aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre.</p> <p>Ces éléments ainsi que tout autre élément requis sur l'ordonnance sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire.</p>

<p>un autre professionnel de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire.</p> <p>Le non-respect de ces obligations peut donner lieu au constat d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, qui est recouvré selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.</p>	<p>Le non respect de ces obligations peut donner lieu au constat d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, qui est recouvré selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.</p>
<p>Article L. 314-1 du code de la sécurité sociale avant modification</p>	<p>Article L. 314-1 du code de la sécurité sociale après modification</p>
<p>Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, les caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient :</p> <p>1° Que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-36-2, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;</p> <p>2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :</p> <p>a) N'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;</p> <p>b) Respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;</p> <p>3° Que les dépenses présentées au remboursement, y compris les dépassements d'honoraires, ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 183-1-1 et les accords prévus à l'article L. 162-12-17.</p> <p>4° Que le professionnel de santé sollicitant un remboursement dans le cadre du tiers payant est inscrit au tableau de l'ordre dont il dépend, lorsque cette inscription est obligatoire.</p> <p>Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.</p> <p>Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code, et notamment celles mentionnées aux articles L. 114-17-1, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.</p>	<p>Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, les caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient :</p> <p>1° Que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-1-7-1, L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-36-2, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;</p> <p>2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :</p> <p>a) N'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;</p> <p>b) Respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;</p> <p>3° Que les dépenses présentées au remboursement, y compris les dépassements d'honoraires, ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 183-1-1 et les accords prévus à l'article L. 162-12-17.</p> <p>4° Que le professionnel de santé sollicitant un remboursement dans le cadre du tiers payant est inscrit au tableau de l'ordre dont il dépend, lorsque cette inscription est obligatoire.</p> <p>Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.</p> <p>Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code, et notamment celles mentionnées aux articles L. 114-17-1, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.</p>

Article 20-5-6 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 avant modification	Article 20-5-6 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 après modification
<p>Les dispositions des articles L. 133-4-1, L. 161-6, L. 161-8, L. 161-31, L. 162-1-7, L. 162-1-11, L. 162-5 à L. 162-5-2, L. 162-5-3 à l'exception des cinq derniers alinéas, L. 162-5-4, du I de l'article L. 162-5-13 et des articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15, L. 311-5, L. 315-2, L. 315-2-1, L. 322-5-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des modalités particulières prévues par la présente ordonnance.</p> <p>Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : " aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres Ier, II et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles " sont remplacés par les mots : " à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres Ier et II du titre II, et aux chapitres Ier et II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code ”.</p> <p>Pour l'application du I de l'article L. 161-31, les mots : " des articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-3 et L. 160-4 " sont remplacés par les mots : " du II ou du III de l'article 19 de la présente ordonnance ”.</p>	<p>Les dispositions des articles L. 133-4-1, L. 161-6, L. 161-8, L. 161-31, L. 162-1-7, L. 162-1-7-1, L. 162-1-11, L. 162-5 à L. 162-5-2, L. 162-5-3 à l'exception des cinq derniers alinéas, L. 162-5-4, du I de l'article L. 162-5-13 et des articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15, L. 311-5, L. 315-2, L. 315-2-1, L. 322-5-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des modalités particulières prévues par la présente ordonnance.</p> <p>Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : " aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres Ier, II et IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles " sont remplacés par les mots : " à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre Ier de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres Ier et II du titre II, et aux chapitres Ier et II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre Ier de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code ”.</p> <p>Pour l'application du I de l'article L. 161-31, les mots : " des articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-3 et L. 160-4 " sont remplacés par les mots : " du II ou du III de l'article 19 de la présente ordonnance ”.</p>

Article 17 – Améliorer l’efficacité des dépenses de transports de patients

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Une croissance constante et importante des dépenses en matière de transports est observée.

Les **dépenses moyennes par trajet ont augmenté pour les ambulances** (115 € en 2023) **et les taxis** (61 € en 2023) tandis qu’elles se sont **stabilisées pour les VSL** (35 € en 2023). Cette augmentation s’explique par un certain nombre d’évolutions conventionnelles portant des revalorisations tarifaires, la dernière en date étant l’avenant 11 à la convention des transporteurs sanitaires privés en mai 2023.

Pour les ambulances, les augmentations des dernières années sont en partie liées au changement de tarification des transports urgents pré-hospitaliers permettant de revaloriser la réponse ambulancière aux demandes de transports émanant du service d’aide médicale urgente (SAMU), afin d’augmenter le nombre d’entreprises de transports sanitaires participant au service de garde.

Selon le rapport « Charges et produits pour 2025 » de l’Assurance maladie, le report d’une part des trajets jusque-là effectués par les VSL vers les taxis, dont les tarifs sont en moyenne plus élevés, contribue également à la dynamique des dépenses. La dépense de transports sanitaires par taxis semble, en effet, plus dynamique que celle réalisée par les VSL. Aujourd’hui, les modèles tarifaires des taxis et des VSL sont très différents. A titre d’exemple, les taxis facturent à l’assurance maladie en fonction du temps passé pour la course alors que les VSL facturent en fonction de la distance parcourue.

Par ailleurs, l’offre de transports est inégalement répartie sur le territoire et des **difficultés d’accès aux transports assis professionnalisés** (TAP) et donc d’accès aux soins, sont régulièrement signalées. En effet, en 2023, le nombre moyen de véhicules pour 100 000 habitants en France s’élevait en moyenne à :

- 21,6 pour les ambulances (minimum : 7 (Calvados), maximum : 51 (Somme)) ;
- 20,9 pour les VSL (minimum : 1 (Paris), maximum : 70 (Aveyron)) ;
- 58,7 pour les taxis (minimum : 6 (Mayotte), maximum : 249 (Paris)).

b) Mesure proposée

Afin d’améliorer la maîtrise des dépenses de transports de patients et d’accroître leur efficacité il est proposé de **modifier les dispositions relatives aux relations conventionnelles entre l’Assurance maladie et les taxis**, en redéfinissant le périmètre de la convention-cadre (anciennement « convention-type ») afin :

- d’élargir les critères pouvant être pris en compte en matière de conventionnement des taxis (actuellement limités à une durée d’existence préalable de l’autorisation de stationnement) en vue d’améliorer l’adéquation entre l’offre et le besoin. La convention-cadre pourra ainsi prévoir des critères plus larges pour conditionner le conventionnement des entreprises de taxis, ainsi que son maintien, dans un double objectif de pertinence et d’adéquation des ressources aux besoins des territoires. En conséquence, la mesure supprime la disposition préexistante prévoyant la possibilité pour un organisme local d’assurance maladie de refuser les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l’objet d’une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l’agence régionale de santé, devenue obsolète ;
- de définir les éléments, économiques et organisationnels, fixés dans la convention-cadre dans un objectif de meilleure régulation du secteur. Il est à ce titre prévu une fixation, au sein de la convention-cadre, de trois types d’éléments tarifaires (montant socle, tarif kilométrique et supplément), susceptibles de différer selon les départements. Il est également prévu que les règles d’évolution de ces tarifs soient fixées par l’assurance maladie.

En outre, l’article interdit, sous peine de sanctions, toute facturation au patient (de gré à gré) au-delà des tarifs négociés avec l’assurance-maladie. Jusqu’alors, cette pratique, observée dans certains territoires, conduisait à majorer le reste à charge du patient, sans possibilité d’action pour l’assurance maladie.

La modification du contenu de la convention-cadre proposée doit permettre à la CNAM de conduire des négociations avec les représentants des entreprises de taxis sur la refonte du modèle tarifaire avec un objectif d’amélioration de l’offre et de meilleure maîtrise des dépenses du secteur.

c) Autres options possibles

Il n’existe pas d’autre option possible, le cadre législatif actuel ne permettant pas à la CNAM de conduire les travaux de refonte du modèle tarifaire des entreprises de taxis conventionnés.

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

L'impact financier de la mesure justifie sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 1° de l'article LO. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite une modification de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact de la mesure est estimé à 132 M€ en année pleine, à horizon 2027.

Ce chiffrage fait l'hypothèse que les travaux de refonte du modèle tarifaire et des règles de conventionnement conduiront à une baisse des coûts des transports en taxis conventionnés pris en charge par l'assurance maladie entre 2 et 4 %, dans le cadre d'une montée en charge progressive.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS		+45 M€	+95 M€	+132 M€	+132 M€
- Maladie	0	+45 M€	+95 M€	+132 M€	+132 M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

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

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

Concertations avec les représentants des entreprises de taxis en vue de la modification de la convention-cadre.

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

Application courant 2025.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.</p> <p>Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en</p>	<p>Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.</p> <p>Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins,</p>

<p>charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration.</p> <p>Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité. A l'exception de la tarification des transports partagés, ces tarifs de responsabilité ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur. Cette convention définit les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.</p> <p>L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration.</p> <p>Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans est conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité. A l'exception de la tarification des transports partagés, ces tarifs de responsabilité ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur. Cette convention définit les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.</p> <p>Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, est conforme à une convention-cadre nationale, à laquelle est annexée une convention -type, qui détermine, pour les prestations relatives au transport de patients en taxi conventionné :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1° les conditions de réalisation des transports ; 2° les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais ; 3° les conditions, relatives aux besoins territoriaux de transport des patients, subordonnant l'accès et le maintien du conventionnement des entreprises de taxi, qui peuvent être adaptées au niveau local ; 4° les montants forfaitaires facturables par trajets, qui peuvent être différents selon les départements ; 5° les tarifs kilométriques facturables, qui peuvent être différents selon les départements ; 6° les suppléments facturables, notamment pour le transport de personnes à mobilité réduite et, le cas échéant, les conditions de facturation de suppléments locaux ; 7° les règles de facturation et de tarification des transports partagés ; 8° le cas échéant, des dispositifs d'aides à l'équipement des taxis conventionnés ; <p>Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans est conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité. A l'exception de la tarification des transports partagés, ces tarifs de responsabilité ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur. Cette convention définit les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le</p>
--	---

	<p>conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. convention-cadre nationale, à laquelle est annexée une convention-type, qui détermine, pour les prestations relatives au transport de patients en taxi conventionné :</p> <p>9° les conditions d'évolution des tarifs mentionnés du 4° au 7° sur la période de validité de la convention.</p> <p>Conformément à la convention-cadre nationale, la convention conclue entre les entreprises de taxis et l'organisme local d'assurance maladie précise, le cas échéant, les éléments mentionnés aux 3° à 7°, applicables dans le territoire concerné. L'entreprise de taxi conventionnée ne peut facturer, pour un transport de patient, que les frais définis dans la convention locale précitée. A défaut, les sanctions prévues à l'article L. 1111-3-5 du code de la santé publique lui sont applicables, dans les conditions prévues à cet article.</p> <p>La convention-cadre nationale est établie par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, et approuvée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée si les ministres n'ont pas fait connaître au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie leur opposition dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte.</p> <p>L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
--	--

Article 18 – Plafonnement des rémunérations des personnels non médicaux exerçant en intérim

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

Cette mesure s'inscrit dans un contexte de forte augmentation des dépenses d'intérim non-médical, qui ont plus que triplé en cinq ans. En 2023, leur montant atteint 462 M€ pour le personnel paramédical des établissements publics de santé (compte 62114 de la M21) et 50,6 M€ pour les personnels paramédicaux et médicaux des établissements publics sociaux et médico-sociaux (compte 62113 de la M22).

	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 : DGFIP, traitement ARS, traitements DGOS, au 31/12 de chaque année. Les comptes utilisés sont ceux présents dans la M21 et la M22 sous le numéro 6211- Personnel intérimaire.

Les dépenses d'intérim sont en constante augmentation depuis 10 ans dans les établissements publics de santé et les établissements publics sociaux et médico-sociaux. La dynamique est largement portée par les personnels non-médicaux. Ainsi, dans les établissements publics de santé, entre 2014 et 2023, les dépenses en intérim ont plus que doublé pour le personnel médical (+160 %) et ont été multipliées par six pour le personnel paramédical (+547 %). Les dépenses en intérim pour le personnel médical et paramédical dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux ont triplé entre 2014 et 2023 (+254 %). Au global, sur cette période, les dépenses d'intérim ont quadruplé dans les établissements publics de santé et les établissements publics sociaux et médico-sociaux (+300 %).

b) Mesure proposée

La mesure vise à plafonner le montant des rémunérations des professionnels intérimaires non-médicaux et de maïeutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics sociaux et médico-sociaux dès lors qu'il existe un écart significatif entre le coût de la prestation en intérim et la rémunération des personnels statutaires.

Si les abus en matière de rémunération sont moins importants que pour les personnels médicaux, il n'en demeure pas moins que la tension actuelle pour certains métiers conduit inéluctablement à ce que les établissements, confrontés à une surenchère sur le marché de l'emploi, se trouvent contraints d'accepter des rémunérations très au-delà de celles pratiquées pour les agents publics. Cette situation crée une inégalité entre personnels exerçant des missions identiques au sein du même établissement et fait obstacle à la fidélisation des agents des établissements publics.

La modification de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique étend ainsi le principe du plafonnement de la rémunération en intérim, déjà en vigueur pour le personnel médical dans les établissements publics de santé, aux sage-femmes et professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, qui constituent la majorité des qualifications de recours à l'intérim. Le rétablissement de l'article L.313-23-3 du code de l'action sociale et des familles ouvre cette possibilité sur le même périmètre que celui qui a été défini pour la limitation de l'intérim par l'article 29 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels : les médecins, infirmiers, aides-soignants, éducateurs spécialisés, assistants de service social, moniteurs-éducateurs et accompagnants éducatifs et sociaux dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant des 1°, 2°, 4°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF (protection de l'enfance, handicap, personnes âgées).

Les modalités de contrôle de la mesure sont prévues à l'article L6146-4 du code de la santé publique pour les établissements publics de santé. Les précisions relatives aux modalités de contrôle comptable, ainsi que le périmètre des qualifications concernées et les montants applicables pour chacune, sont prévues par voie réglementaire.

c) Autres options possibles

Sans passer par la loi, il aurait été possible de s'accorder avec la branche professionnelle des entreprises de travail temporaire (ETT) sur une grille de tarifs à respecter. Néanmoins, les difficultés de recrutement des professionnels de santé - à l'origine de rémunérations inflationnistes en intérim - instaurent une concurrence entre établissements et ETT, qui ne permet pas localement de garantir le respect de tarifs raisonnables, d'autant plus dans les conditions de recours à l'intérim (généralement caractérisées par l'urgence). C'est pourquoi un dispositif plus contraignant a été privilégié, sur le modèle du

dispositif relatif au personnel médical qui n'a pleinement produit ses effets qu'après l'instauration de contrôles par les comptables publics.

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

Le dispositif proposé, qui amenderait les articles L6146-3 et L6146-4 du code de la santé publique et rétablirait l'article L313-23-3 du code de l'action sociale et des familles, conduirait à diminuer les charges salariales des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux financés par l'ONDAM. Il aurait un effet sur les dépenses de la branche maladie au titre de l'intégration de cette économie dans les tarifs hospitaliers de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM), sur le déficit des établissements de santé relevant du service public hospitalier et donc sur le solde toutes APU ; les établissements de santé étant classifiés en ODASS. Il relève donc de bien du champ des lois de financement de la sécurité sociale au titre des 1^{er} et 3^o de l'article LO111-3-8 du Code de la Sécurité sociale.

Cette mesure, dont le niveau d'économie qu'elle permettrait de réaliser, doit contribuer à la documentation d'une partie des efforts de maîtrise de la dépense sous-jacents à la trajectoire de l'ONDAM.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Si le droit européen consacre la *libre prestation des services à l'intérieur de l'Union européenne* (art. 15 de la Charte des droits fondamentaux et art. 56 du TFUE), des mesures de régulation peuvent être adoptées par les États membres à la condition d'être justifiées par des raisons d'intérêt général tenant, notamment à la nécessité d'assurer le bon fonctionnement du marché du travail et d'empêcher les abus (art. 4 de la directive 2008/104/CE du 19 novembre 2008), et de respecter le principe de proportionnalité (CJUE, 7 septembre 2022, *Cilevics*, C-391/20).

Il importe ainsi aux États membres, qui disposent à cet égard d'une grande marge d'appréciation, de veiller à ce que les restrictions posées ne soient pas disproportionnées au regard des objectifs d'intérêt général poursuivis (CJUE, 2 décembre 2010, *Ker-Optika*, C-108/09 ; CJUE, 12 novembre 2015, *Visnapuu*, C-198/14).

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

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

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

a) Possibilité de codification

La disposition modifie les articles L.6146-3 du CSP et L.6146-4 du CSP et rétablit l'article L. 313-23-3 du CASF.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Oui
Mayotte	Oui
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Oui
Saint-Pierre-et-Miquelon	Oui
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'évolution des dépenses d'intérim non-médical sur les cinq dernières années témoignent d'une augmentation significative de ce poste de dépenses pour les établissements sanitaires :

	2018	2019	2020	2021	2022
Dépenses d'intérim paramédical en EPS	96 200 277 €	133 923 585 €	181 904 738 €	225 046 131 €	335 954 247 €

Source : M21 – la M22 confond l'intérim médical et paramédical

Pour autant, cette augmentation ne résulte pas uniquement d'un effet prix lié à une potentielle augmentation du tarif des prestations d'intérim. Elle tient en partie à un effet volume, lié au recours accru à l'intérim paramédical au regard de la proportion importante de postes vacants.

Sans que le nombre de missions n'évolue, il est possible d'estimer l'effet d'un plafonnement des rémunérations intérimaires non-médicales à hauteur de 22,5 M€ en année pleine, en retenant comme hypothèse une proportion de 15% de missions d'intérim en dépassement du plafond à ce jour. Le gain serait de +11,25 M€ en 2025 en retenant une entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2025.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie		+11,25 M€	+11,25 M€		
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) impacts économiques

La mesure vise à limiter les dépenses d'intérim non-médicales, au profit d'un regain d'attractivité de la fonction publique hospitalière.

b) impacts sociaux

L'objectif de la mesure est de limiter la concurrence salariale entre les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les entreprises de travail temporaires s'agissant de missions identiques, afin de favoriser l'attractivité de la fonction publique hospitalière et renforcer la cohésion des équipes soignantes.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Les professionnels intérimaires non-médicaux étant principalement féminins, la mesure contribue à sécuriser leurs conditions d'exercice et d'évolution, en favorisant leur recrutement au sein de la fonction publique ou dans le cadre de contrats de plus longue durée.

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

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

Sans objet.

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

Le comptable public sera chargé de contrôler le montant des dépenses intérimaires au regard des plafonds fixés. Ces contrôles actuellement prévus pour les personnels médicaux des établissements publics de santé sont donc élargis aux professionnels de santé concernés par cette disposition et ayant vocation à être mis à disposition d'établissements publics de santé.

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

La mesure est gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Décret en Conseil d'Etat déterminant les conditions de fixation des plafonds pour les établissements publics de santé.

Décret en Conseil d'Etat déterminant les conditions de fixation des plafonds pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

Arrêté fixant les montants horaires plafond par profession.

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

Application des dispositions aux contrats d'intérim conclus au 1^{er} juillet 2025, soit six mois après la publication de la loi afin de laisser le délai nécessaire aux établissements de mettre en conformité leurs modalités de recours à l'intérim et de garantir les modalités du contrôle localement entre ordonnateurs et comptables.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 6146-3 du code de la santé publique avant modification	Article L. 6146-3 du code de la santé publique après modification
<p>Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les entreprises d'intérim mentionnées à l'article L. 1251-1 du code du travail attestent auprès des établissements de santé, avant le début de la mission de travail temporaire du professionnel proposé, qu'elles ont accompli les obligations prévues à l'article L. 1251-8 du même code.</p> <p>Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</p> <p>Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des médecins, des odontologistes, des pharmaciens, des sage-femmes et des professionnels relevant du livre III de la quatrième partie du présent code dans les conditions prévues à l'article L. 334-3 du code général de la fonction publique. Les entreprises d'intérim mentionnées à l'article L. 1251-1 du code du travail attestent auprès des établissements de santé, avant le début de la mission de travail temporaire du professionnel proposé, qu'elles ont accompli les obligations prévues à l'article L. 1251-8 du même code.</p> <p>Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire.</p> <p>Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnée au premier alinéa, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté au coût de l'emploi des mêmes professionnels permanents, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements publics de santé au titre de ces prestations peut être plafonné, en tenant compte s'il y a lieu des spécificités territoriales, dans des conditions déterminées par voie réglementaire.</p>
Article L6146-4 du code de la santé publique avant modification	Article L6146-4 du code de la santé publique après modification
<p>Le directeur général de l'agence régionale de santé, lorsqu'il est informé par le comptable public de l'irrégularité d'actes juridiques conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire, en application de l'article L. 6146-3, ou avec un praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1, défère ces actes au tribunal administratif compétent. Il en avise alors sans délai le directeur de l'établissement concerné ainsi que le comptable public.</p> <p>Lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du praticien ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que leur montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement des rémunérations irrégulières. Dans ce cas, il en informe le directeur de l'établissement public de santé, qui procède à la régularisation de ces dernières dans les conditions fixées par la réglementation.</p>	<p>Le directeur général de l'agence régionale de santé, lorsqu'il est informé par le comptable public de l'irrégularité d'actes juridiques conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire, en application de l'article L. 6146-3, ou avec un praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1 ou avec un professionnel de santé pour la réalisation de vacations, défère ces actes au tribunal administratif compétent. Il en avise alors sans délai le directeur de l'établissement concerné ainsi que le comptable public.</p> <p>Lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du praticien du professionnel ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que leur montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement des rémunérations irrégulières. Dans ce cas, il en informe le directeur de l'établissement public de santé, qui procède à la régularisation de ces dernières dans les</p>

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

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

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.

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 DM, des consommables (produits à usage unique) aux équipements spécialisés. Toutes les disciplines médicales et chirurgicales sont concernées (cardiologie, chirurgie, pédiatrie, radiologie, orthopédie, neurologie, thérapie cellulaire).

L'objectif de la présente mesure est donc de proposer des solutions opérationnelles aux évolutions de ces dernières années en matière d'acquisition publique des produits de santé en Europe et en France, d'une part, et de renforcer les outils légaux de lutte contre les pénuries de produits de santé.

b) Mesure proposée

1. Compléter les outils disponibles en matière de lutte contre les pénuries de médicaments

La précédente loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a créé deux nouveaux leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture avérée sur le territoire et pour certains médicaments. Il s'agit, en cas de rupture d'approvisionnement, d'une part de généraliser la dispensation à l'unité (DAU) pour les médicaments antibiotiques et, d'autre part, de rendre obligatoires les ordonnances conditionnelles pour les médicaments antibiotiques. La mesure propose d'étendre ces dispositifs aux médicaments soumis à forte saisonnalité (par exemple les antibiotiques en hiver, les antihistaminiques au printemps etc.). En effet, les précédentes saisons hivernales ont fait l'objet de pénuries de certains médicaments, notamment antibiotiques. Si des mesures sur le long terme, notamment la relocalisation de certaines, ont d'ores et déjà été prises, le risque de pénurie pour les prochains hivers reste réel. Aussi, en complément du « Plan de sécurisation de la couverture des besoins en produits de santé au cours des pathologies hivernales » porté par l'ANSM, le ministre pourra activer la DAU et rendre obligatoire les ordonnances conditionnelles pour les médicaments identifiés à risque par l'ANSM et soumis à un suivi rapproché dans le cadre de ce plan. Ces mesures participent par ailleurs au « bon usage du médicament » en permettant d'assurer une délivrance appropriée et juste des médicaments et permet de lutter également contre le gaspillage et l'antibiorésistance.

De même, le V de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique prévoit que le pharmacien peut remplacer un médicament par un autre, sur la base d'une recommandation de l'ANSM, mais cette disposition ne s'applique qu'en cas de rupture. L'objectif est de permettre de l'activer aussi en cas de de risque de rupture et ainsi d'anticiper une éventuelle rupture sèche en remplaçant par un autre produit, toujours sur la base d'une recommandation de l'ANSM.

2. Prévoir un financement dérogatoire et en urgence des dispositifs médicaux utilisés en alternative à un dispositif médical en rupture d'approvisionnement

Les tensions ou les ruptures d'approvisionnement en dispositifs médicaux se font de plus en plus nombreuses notamment en milieu hospitalier.

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 DM, des consommables (produits à usage unique) aux équipements spécialisés. Toutes les disciplines médicales et chirurgicales sont concernées (cardiologie, chirurgie, pédiatrie, radiologie, orthopédie, neurologie, thérapie cellulaire).

L'objectif de la mesure est de permettre une prise en charge provisoire et dérogatoire d'une ou plusieurs alternatives à des dispositifs identifiés comme en tension, au tarif de ces derniers. Dans ce cadre, la dérogation pourra s'étendre aux conditions de délivrance, distribution ou de facturation de ces produits.

3. Renforcement des sanctions financières de l'ANSM

Afin de lutter contre les ruptures de stock de médicaments, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a instauré des obligations pour les titulaires d'AMM et les exploitants, assorties de sanctions.

Dans ce cadre, l'ANSM, et après consultation des parties prenantes, a publié des lignes directrices visant à exposer la façon dont elle détermine le montant des sanctions financières prononcées en cas de violation de cette réglementation. Celles-ci sont entrées en vigueur en octobre 2022.

Jusqu'ici, l'ANSM utilisait peu son pouvoir de sanction. L'agence n'a, en effet, prononcé que huit décisions de sanctions financières entre 2018 et 2022, pour un montant total d'environ 922 000 €. Au contraire, l'ANSM faisait preuve d'une volonté d'accompagner étroitement les industriels dans la prévention et la gestion des ruptures de stock.

L'ANSM évolue dans son approche et renforce ses sanctions en cas de non-respect des obligations des industriels en matière de lutte contre les ruptures (stock de sécurité, PGP...) : 6 sanctions ont été prononcées en 2023 pour un montant de

560 000 €. Le 24 septembre 2024, l'ANSM a prononcé 8,2 M€ de sanctions financières à l'encontre de 11 laboratoires pharmaceutiques qui n'ont pas respecté leurs 4 mois de stock de sécurité.

Aussi, dans l'intérêt des patients et de la santé publique il est proposé une augmentation des sanctions financières afin d'en renforcer le caractère dissuasif. Cette augmentation doit toutefois être articulée avec la formalisation d'une doctrine sur les sanctions (utilisation des pouvoirs renforcées, conditions d'utilisation, etc.).

S'agissant du délai de publication des décisions de sanctions financières, il est proposé d'inscrire dans la loi une durée de publication obligatoire des sanctions financières d'un an.

4. Extension aux achats conjoints européens de la procédure d'achat public de produits de santé

La mesure vise à articuler la mise à disposition de médicaments dans un circuit d'achat public, initié au niveau européen (marchés conjoints) ou national (réponse aux menaces sanitaires graves), qui font l'objet d'un achat par Santé publique France, financé par l'assurance maladie, avec les règles de droit commun de prise en charge et de remboursement par l'assurance maladie.

Les travaux en cours, notamment dans le contexte de la révision du cadre législatif européen du médicament, témoignent de l'intérêt potentiel d'achats groupés au niveau européen pour des produits susceptibles de générer des difficultés structurelles d'approvisionnement (par exemple des vaccins ou des antibiotiques).

Ainsi, la mesure prévoit la possibilité de suspendre toute procédure d'inscription au remboursement (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.

Dans le cadre de la négociation de prix en droit commun, le tarif fixé dans le cadre de l'achat public pourra être pris en compte entre l'industriel et le comité économique des produits de santé.

c) Autres options possibles

Concernant l'activation des mesures d'épargne de médicaments aux besoins saisonniers pour certains médicaments, il aurait pu être envisagé de rendre la DAU et l'ordonnance conditionnelle pour les antibiotiques obligatoires hors période de rupture d'approvisionnement et/ou pour l'ensemble des médicaments lorsque la dispensation à l'unité est matériellement réalisable (notamment hors des cas de solution liquide) et lorsqu'un test permet de confirmer un diagnostic avant la dispensation. Néanmoins, l'épisode de ruptures aiguës lors de l'hiver dernier a conduit à prioriser ce chantier sur le périmètre des médicaments à une forte saisonnalité pour offrir une solution à court terme. Par ailleurs, une autre mesure aurait pu consister à rendre obligatoire le conditionnement de tous les médicaments au format unitaire. Cependant, dans la mesure où les pathologies hivernales conduisent à une plus forte consommation de médicaments, la mesure proposée est apparue la plus pertinente.

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

Cette mesure a un impact en minoration des dépenses de l'assurance maladie. En effet, pour ce qui concerne la mesure d'épargne de médicaments, il est attendu une délivrance plus juste, qui pourrait conduire à de moindres dépenses de prise en charge par l'assurance maladie.

Par ailleurs, elle minore également le risque de double paiement par l'assurance maladie (mêmes médicaments achetés par l'Etat et remboursés par l'assurance maladie).

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France. Si le régime d'autorisation et de circulation des produits de santé relèvent d'un régime européen, en revanche les règles de prescription et de délivrance des médicaments relèvent de la compétence des États membres.

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

Oui, la mesure est compatible avec le régime européen des produits de santé. La procédure de suspension des demandes d'inscription au remboursement étant susceptible d'affecter de manière identique tous les produits ayant la même visée thérapeutique que le produit en stock, elle n'entre pas non plus en contradiction avec les règles relatives aux procédures d'achats publics.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions sont insérées dans le code de la santé publique et dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

1. Les mesures d'épargne de médicaments proposées contribuent à la maîtrise des dépenses consacrées aux médicaments sujets à des tensions ou ruptures d'approvisionnement. Les analyses d'impact ci-dessous avaient été présentées lors de l'introduction de la mesure en PLFSS 2023, que les présentes dispositions viennent compléter :

Impact financier de la DAU

Une simulation a été réalisée à partir des consommations constatées entre octobre 2022 et février 2023. Dans chaque hypothèse, la DAU permettrait d'épargner un nombre important de comprimés dispensés en trop et des dépenses inutiles pour l'assurance maladie. Il n'est pas attendu que l'acte associé avec la DAU engendre de coût supplémentaire. En effet, le pharmacien est rémunéré 1 euro par délivrance à l'unité, dans une enveloppe maximum de 500 euros par an. Cette enveloppe intègre la dispensation à l'unité pour les stupéfiants (obligatoire) que les pharmaciens exercent au quotidien. L'enveloppe maximum étant déjà atteint avec la DAU des stupéfiants, la DAU des antibiotiques n'engendrera pas de surcoût. L'estimation du gain associé pour l'assurance maladie porte sur les économies associées au différentiel entre les conditionnements actuels, et le nombre de comprimés nécessaires pour un traitement standard. Dans l'exemple de l'amoxicilline, le traitement standard (3g par jour pendant 5 jours) correspond à 3 boîtes de 12 unités en amoxicilline 500 mg, et à 3 boîtes de 1 g. Pour chaque traitement dispensé sans DAU, ce sont donc 6 gélules de 500 mg, ou 3 comprimés de 1 g, qui ne sont pas strictement nécessaires au traitement prescrit. Une valorisation du prix à l'unité correspond à une moindre dépense, sur la période d'octobre 2022 à février 2023 :

- De 8,9 M de comprimés d'1g = 2,9 M€ ;
- De 3 M de gélules de 500 mg = 3,8 M€.

L'économie attendue avec l'obligation de DAU d'amoxicilline et amoxicilline/acide clavulanique est évaluée à environ 6 M€.

2. La mesure destinée à éviter une double prise en charge des produits de santé acquis par l'Etat pour lutter contre les pénuries limitera le risque de double paiement par l'assurance maladie.

Il est possible d'illustrer le risque en prenant l'exemple – rétrospectif – d'achats publics dans le cadre de la lutte contre les infections à VRS, pour lesquels un produit comme un médicament préventif a pu fait l'objet d'achat public. Pour un stock permettant d'immuniser 80 % des nouveaux nés d'une classe d'âge, la valeur totale du stock pourrait atteindre environ 190 M€ (680 000 x 80 % x 350 € - à titre d'exemple). Faute de disposition organisant dans le temps une campagne d'immunisation, toute prise en charge d'un produit mis sur le marché en sus du stock public représenterait une double dépense pour les finances publiques. Dans l'exemple ci-dessus, si 20 % des immunisations annuelles étaient réalisées avec des produits hors stock Etat au même tarif, le surcoût pour les finances de l'assurance maladie serait de 11,4 M€ (avec l'hypothèse d'un taux de prise en charge de 30% par l'assurance maladie).

3. En ce qui concerne la prise en charge de dispositifs médicaux dans le cadre dérogatoire temporaire, le chiffrage du surcoût dépend en premier du nombre de dispositifs concernés et du volume de dispositifs alternatifs à prendre en charge.

En considérant le 8ème décile des dépenses annuelles des dispositifs médicaux inscrits dans le périmètre de la mesure, le coût annuel de cette disposition reviendrait à 100 k€ par situation, soit 1 M€ en faisant l'hypothèse d'une dizaine de ruptures par an sur la totalité de la durée maximale d'un an.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie		(+ 6 M€ mesure LFSS 2023) + 11,4 M€ (double circuit) - 1 M€ (DM)			
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Cette mesure a un impact social en termes de lutte contre les pénuries d'antibiotiques et également un impact dans le cadre de l'antibiorésistance et du bon usage du médicament.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Cette mesure permettra de limiter le nombre de médicaments qui seront gaspillés (médicaments non utilisés). Par ailleurs, ces médicaments ayant un impact sur l'environnement du fait de leur difficile dégradation et des résistances bactériennes qu'ils peuvent générer, la limitation de leur dispensation dans des cas non justifiée aura un effet positif sur l'environnement.

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

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

La mesure ne modifiera pas, par rapport à la situation actuelle, les démarches ou formalités administratives des assurés en vue du remboursement. Cependant, cette mesure participe à ce que tous les assurés bénéficient en France, en fonction de leur état de santé et sans considération de leurs revenus, de médicaments ou d'alternatives adaptés à la prise en charge de leurs pathologies.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Décret en conseil d'Etat et arrêtés à prévoir.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'application de ces mesures fera l'objet d'un suivi dans le cadre de la comitologie mise en place pour la feuille de route sur les pénuries de médicaments.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 5121-33-1 avant modification	Article L. 5121-33-1 après modification
<p>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, dans les conditions prévues aux articles L. 5121-12-1-1 et L. 5121-20, ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues à l'article L. 5123-8. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.</p> <p>L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article précise les médicaments concernés parmi ceux identifiés en application du 15° de l'article L. 5121-20 ou mentionnés sur la liste établie en application du second alinéa de l'article L. 5123-8.</p>	<p>En cas de rupture d'approvisionnement 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, un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle, dans les conditions prévues aux articles L. 5121-12-1-1 et L. 5121-20, ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues à l'article L. 5123-8. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.</p> <p>L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article précise les médicaments concernés parmi ceux identifiés en application du 15° de l'article L. 5121-20 ou mentionnés sur la liste établie en application du second alinéa de l'article L. 5123-8.</p>
Article L. 5125-23 avant modification	Article L. 5125-23 après modification
<p>I.-Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.</p> <p>II.-Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation au I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur. Parmi ces situations médicales, certaines peuvent en outre faire l'objet d'une exclusion de substitution par le pharmacien, même lorsque le prescripteur n'a pas exclu cette possibilité sur l'ordonnance. L'arrêté mentionné au présent alinéa peut également préciser les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée par le pharmacien, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le pharmacien et d'information du prescripteur. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations</p>	<p>I.-Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.</p> <p>II.-Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation au I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur. Parmi ces situations médicales, certaines peuvent en outre faire l'objet d'une exclusion de substitution par le pharmacien, même lorsque le prescripteur n'a pas exclu cette possibilité sur l'ordonnance. L'arrêté mentionné au présent alinéa peut également préciser les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée par le pharmacien, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le pharmacien et d'information du prescripteur. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations</p>

<p>médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride.</p> <p>III.-Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription libellée en dénomination commune.</p> <p>La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1.</p> <p>IV.-Lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement.</p> <p>V.-Par dérogation au I, le pharmacien peut, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, remplacer le médicament prescrit par un autre médicament conformément à la recommandation établie, après consultation des professionnels de santé et des associations d'usagers du système de santé agréées, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et publiée sur son site internet. L'agence informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de la publication de chaque recommandation.</p> <p>Lorsque le pharmacien procède au remplacement du médicament prescrit dans les conditions prévues au premier alinéa du présent V, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de ce remplacement.</p>	<p>médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride.</p> <p>III.-Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription libellée en dénomination commune.</p> <p>La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1.</p> <p>IV.-Lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement.</p> <p>V.-Par dérogation au I, le pharmacien peut, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, remplacer le médicament prescrit lorsque le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée à l'article L. 5121-30, le remplacer par un autre médicament conformément à la recommandation établie, après consultation des professionnels de santé et des associations d'usagers du système de santé agréées, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et publiée sur son site internet. L'agence informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de la publication de chaque recommandation.</p> <p>Lorsque le pharmacien procède au remplacement du médicament prescrit dans les conditions prévues au premier alinéa du présent V, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de ce remplacement.</p>
	<p>Le titre Ier du livre II de la cinquième partie est complété par un chapitre ainsi rédigé :</p> <p>« Chapitre V</p> <p>« Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux</p>
	<p>Article L. 5215-1 (nouveau)</p>
	<p>Lorsque l'interruption ou la cessation attendue de la fourniture d'un dispositif médical inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est susceptible d'entraîner un préjudice grave ou un risque de préjudice grave pour les patients ou la santé publique au sens de l'article L. 5211-5-1 du présent code, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté, pris sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les dispositifs médicaux alternatifs et les indications correspondantes ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Lorsqu'un dispositif médical à usage individuel identifié comme alternatif en application de l'alinéa précédent n'est pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et qu'il n'existe aucune autre alternative thérapeutique disponible qui soit prise en charge par l'assurance maladie, son exploitant peut bénéficier d'une prise en charge dérogatoire temporaire, dans la limite du tarif de prise en charge du dispositif indisponible. Cette prise en charge est accordée pour une durée maximale d'un an à l'exploitant qui respecte les</p>

	<p>dispositions du I ou du II de l'article L. 5211-3 du présent code.</p> <p>Dans le cadre de cette prise en charge dérogatoire, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent modifier les conditions de délivrance, de distribution et de facturation des produits concernés, selon les modalités prévues par le code de la sécurité sociale.</p> <p>« Les modalités de cette prise en charge dérogatoire temporaire sont définies par un décret en Conseil d'Etat. »</p>
Article L. 5471-1 avant modification	Article L. 5471-1 après modification
<p>I.-L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut prononcer une sanction financière à l'encontre de l'auteur d'un manquement mentionné aux articles L. 5421-8, L. 5422-18, L. 5423-8, L. 5423-9, L. 5426-2, L. 5438-1, L. 5461-9 et L. 5462-8, sauf lorsque le manquement est commis à l'occasion d'une activité de distribution au détail de produits de santé.</p> <p>II.-L'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière qui ne peut être supérieure à 2 500 € par jour lorsque l'auteur du manquement ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés aux 1° à 7° de l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.</p> <p>III.-Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 1° à 11° de l'article L. 5421-8, aux 4° à 10° de l'article L. 5423-8, ainsi qu'aux articles L. 5426-2, L. 5438-1, aux 9°, 14°, 15°, 16° et 17° de l'article L. 5461-9 et aux 8°, 11°, 12° et 13° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.</p> <p>Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés au 12° de l'article L. 5421-8, à l'article L. 5422-18, au 3° de l'article L. 5423-8, à l'article L. 5423-9, aux 1° à 8°, 10° à 13°, et 18° à 24° de l'article L. 5461-9 et aux 1° à 7°, 9°, 10° et 14° à 20° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.</p> <p>En cas de constatations de l'un des manquements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 5422-18, aux 11°, 12° et 13° de l'article L. 5461-9 et aux 9° et 10° de l'article L. 5462-8, l'agence peut prononcer une interdiction de la publicité concernée par le manquement, après que l'entreprise concernée a été mise en demeure.</p> <p>IV.-L'agence peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet.</p>	<p>I.-L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut prononcer une sanction financière à l'encontre de l'auteur d'un manquement mentionné aux articles L. 5421-8, L. 5422-18, L. 5423-8, L. 5423-9, L. 5426-2, L. 5438-1, L. 5461-9 et L. 5462-8, sauf lorsque le manquement est commis à l'occasion d'une activité de distribution au détail de produits de santé.</p> <p>II.-L'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière qui ne peut être supérieure à 2 500 € par jour lorsque l'auteur du manquement ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à aux 1° à 7° de l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 50 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.</p> <p>III.-Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 1° à 11° de l'article L. 5421-8, aux 4° à 10° de l'article L. 5423-8, ainsi qu'aux articles L. 5426-2, L. 5438-1, aux 9°, 14°, 15°, 16° et 17° de l'article L. 5461-9 et aux 8°, 11°, 12° et 13° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.</p> <p>Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés au 12° de l'article L. 5421-8, à l'article L. 5422-18, au 3° de l'article L. 5423-8, à l'article L. 5423-9, aux 1° à 8°, 10° à 13°, et 18° à 24° de l'article L. 5461-9 et aux 1° à 7°, 9°, 10° et 14° à 20° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 30 50 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite de un million de cinq millions d'euros, pour une personne morale.</p> <p>En cas de constatations de l'un des manquements mentionnés à aux 1° à 3° de l'article L. 5422-18, aux 11°, 12° et 13° de l'article L. 5461-9 et aux 9° et 10° de l'article L. 5462-8, l'agence peut prononcer une interdiction de la publicité concernée par le manquement, après que l'entreprise concernée a été mise en demeure.</p> <p>IV.-L'agence peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet. L'agence publie les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet. Ces décisions demeurent disponibles pendant une période d'un an à compter de leur publication.</p>

	La durée mentionnée à l'alinéa précédent peut être réduite par l'agence dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.
Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-16-4 avant modification	Article L. 162-16-4 après modification
<p>Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Elle peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.</p> <p>Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.</p> <p>Le cas échéant, s'ajoutent aux prix de vente au public des médicaments les honoraires de dispensation définis par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1, y compris ceux de ces honoraires pratiqués, dans des conditions et limites fixées par décret, lorsque les médicaments délivrés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.</p> <p>II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :</p> <p>1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;</p> <p>2° Le prix net ou le tarif net, au sens du III de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;</p> <p>3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ;</p> <p>4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;</p>	<p>Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, du prix ou du tarif du médicament, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, fixé dans le cadre d'un achat national effectué dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou d'un achat conjoint effectué dans les conditions prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Elle peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.</p> <p>Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.</p> <p>Le cas échéant, s'ajoutent aux prix de vente au public des médicaments les honoraires de dispensation définis par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1, y compris ceux de ces honoraires pratiqués, dans des conditions et limites fixées par décret, lorsque les médicaments délivrés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.</p> <p>II. – <i>non modifié</i></p>

<p>5° Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;</p> <p>6° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;</p> <p>7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code.</p> <p>III. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.</p> <p>IV. – Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4.</p>	
	<p>Après l'article L. 162-19-1, il est inséré un article L. 162-19-2 ainsi rédigé (nouveau)</p>
	<p>Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est acquise dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou dans celles prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 pour répondre à un besoin de santé publique et mise à la disposition des patients en vue de son administration, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre les procédures d'inscription ou de tarification prévues aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17, L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du présent code pour la spécialité concernée et l'ensemble des spécialités comparables ou à même visée préventive ou thérapeutique, pour une durée qu'ils déterminent et qui ne peut excéder l'épuisement du stock de cette spécialité, dans la limite de deux ans.</p>

Article 20 – Assurer une meilleure pertinence dans la prise en charge des dispositifs médicaux attestant d’une utilisation effective par le patient

I. Présentation de la mesure

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

a) Problèmes à résoudre

Face à une croissance annuelle moyenne de 4,2 % entre 2017 et 2023, et de 4,6 % entre 2022 et 2023, et au déploiement de nouvelles technologies, il est nécessaire de compléter les outils de régulation pour la prise en charge des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) et de favoriser le bon usage de ces produits de santé.

Certains dispositifs médicaux à composante numérique déjà pris en charge via la LPP permettent d’obtenir des informations relatives à leur utilisation (par exemple l’observance, définie par l’activation du dispositif médical) voire des résultats en vie réelle (par exemple l’atteinte ou non de certains indicateurs médicaux, comme l’évolution de la glycémie chez les personnes diabétiques).

Ces dispositifs médicaux à composante numérique sont notamment proposés pour l’insulinothérapie, les affections respiratoires, le traitement de la douleur chronique (par électrostimulation transcutanée), ou encore en oncologie. Ils sont déjà pris en charge en raison de leur inscription sur la Liste des produits et prestation.

D’autres dispositifs médicaux à composante numérique pourraient prochainement être pris en charge par l’Assurance maladie en fonction de leur efficacité clinique dans le cadre de traitements contre la douleur (par exemple par des casques de réalité virtuelle), des thérapies cognitivo-comportementales numériques ou de l’insomnie ou de pathologies psychiatriques.

Dans le traitement du syndrome d’apnées-hypopnées obstructives du sommeil, l’Assurance maladie prend aujourd’hui en charge la mise à disposition par un distributeur au détail d’un appareil délivrant de l’air au cours du sommeil. Ce matériel permet déjà un télésuivi du patient via la collecte et la transmission de plusieurs données. Sur ce seul secteur, la dépense remboursée par l’Assurance maladie représente 950 M€ en 2023, en augmentation de 10 % par rapport à 2022.

Dans leur revue des dépenses rendue publique en septembre 2023, l’Inspection générale des affaires sociales et l’Inspection générale des finances formulent plusieurs recommandations pour maîtriser le dynamisme des dépenses de dispositifs médicaux, dont une modification législative permettant de subordonner le remboursement à leur utilisation effective.

Si l’article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale permet déjà de moduler la tarification d’un dispositif médical en fonction du niveau d’utilisation, la question du remboursement au patient d’un dispositif non utilisé se pose. En effet, un produit mis à disposition du patient peut continuer à faire l’objet d’un remboursement par l’assurance maladie alors qu’il ne répond pas à besoin thérapeutique qui a justifié sa prescription, ce qui génère une dépense injustifiée. Selon les données de l’Assurance maladie sur la pression positive continue, la dépense remboursée pour des patients qui ne sont pas au niveau attendu d’observance, sans information sur cette dernière, ou encore non télésuivis atteint 100 M€ en 2023.

De plus, des contrôles « a posteriori » par le service du contrôle médical de l’assurance maladie sont possibles à partir des données pouvant déjà être collectées. Ces contrôles sont cependant difficiles à réaliser compte tenu du nombre de patients traités (plus de 1 600 000 en 2022) Il existe alors un risque de fraude en cas d’inadéquation du forfait facturé à l’assurance maladie et des données d’utilisation réelles du patient.

b) Mesure proposée

Aujourd’hui, la prise en charge de la télésurveillance est subordonnée à l’utilisation effective du dispositif médical numérique et à l’obtention de résultats en vie réelle. Il est proposé de s’inspirer de cette approche pour la prise en charge de certains dispositifs médicaux à composante numérique de la LPP.

Ainsi, la transmission de données pourrait être intégrée dans les arrêtés définissant les conditions de prise en charge au titre de la LPP. Selon les modalités définies dans l’arrêté concernant la remontée de données et l’utilisation du dispositif, les différences alors prévues dans le cadre de prescription selon l’utilisation adaptée ou non du dispositif, le prescripteur devra s’interroger sur la pertinence de la prise en charge, orienter le patient vers une autre stratégie thérapeutique plus adaptée compte tenu de l’ensemble des informations mises à sa disposition (tant par le dispositif que par le distributeur au détail le cas échéant), et le cas échéant interrompre la prescription.

Afin de lutter contre des fraudes, une transmission des données permettant d’attester de l’utilisation effective par le distributeur au détail aux services de l’assurance maladie est prévue dans le cadre de la facturation, en garantissant la sécurité du traitement des données à caractère personnel. Les services de l’assurance maladie, ou un tiers de confiance désigné, valideront la bonne adéquation de la facturation avec les indicateurs retenus et mentionnés dans l’arrêté de prise en charge à la LPP, déclenchant alors le flux de financement par l’Assurance maladie.

L’application opérationnelle de la mesure nécessitera des modifications des conditions d’inscription pour les produits et prestations inscrits sur la LPP, et son intégration possible pour des arrêtés d’inscription à venir. Cette mesure s’inscrit dans une approche plus large pour favoriser la pertinence des prescriptions, dans le prolongement de la convention médicale conclue en juin 2024, et l’efficacité des dépenses associées.

c) Autres options possibles

Il aurait été possible de valoriser et donc de rémunérer l’exploitant ou le distributeur au détail selon le niveau d’atteinte de certains indicateurs par le patient, au-delà de la simple utilisation comme c’est déjà prévu par l’article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale. Cependant cela signifierait que l’Assurance maladie pourrait continuer de prendre en charge la mise à disposition de certaines technologies auprès d’un patient alors qu’elle ne produit pas les résultats escomptés, pouvant entraîner une perte de chance pour le patient et une dépense publique non justifiée.

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

La mesure sera de nature à contribuer à la maîtrise de la progression des dépenses d’assurance maladie dans le champ des produits de santé et donc au respect de l’ONDAM pour l’année à venir et les années ultérieures, ce qui conformément aux dispositions du a) et c) du 1° de l’article LO.111-3-8 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) qu’il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l’article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Collectivités d’outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L’impact de cette mesure est fortement dépendant des catégories de dispositifs médicaux retenus, de la remontée de données, de la capacité du prescripteur à bien s’appropriier ces données, et à s’interroger sur la pertinence de la prise en charge.

Cette mesure sera d’abord appliquée au secteur de la pression positive continue, compte tenu de la dépense remboursée de l’ordre de 950 M€ en 2023, avec environ 80 M€ associés à des forfaits dont le niveau d’observance peut être questionné (télésuivi indiquant une observance insuffisante voire une non-observance et hors télésuivi). Assurer un meilleur usage des données d’utilisation remontées au prescripteur, avec des modalités de prescriptions revues permettrait d’économiser la dépense associée aux forfaits dont l’observance serait insuffisante.

La revue de dépenses précitée mentionne une économie possible de 23 M€ en cas de modification législative aboutissant à une suppression du remboursement pour les forfaits au plus bas niveau d’observance actuel. Cependant, un gain complémentaire peut être obtenu à partir de la dépense remboursée de 60 M€ associée aux forfaits dont l’observance est insuffisante.

L’entièreté des 100 M€ précités ne peut pas directement être retenue comme une économie, puisque la répartition de la dépense remboursée connaîtra des évolutions sur la base des futurs critères d’utilisations effectives, de l’appropriation de ces critères par le prescripteur, de la fréquence de renouvellement de prescription nécessaire en cas d’observance non satisfaisante, et de l’amélioration possible de l’observance pour certains patients. Une hypothèse d’économie de l’ordre de 40 M€ peut être retenue.

Cette mesure pourrait entrer en vigueur mi-2025 compte tenu de la modification nécessaire des conditions de prise en charge pour cette nomenclature. Par conséquent l’application de cette mesure mi 2025 pourrait permettre d’atteindre un gain de 20 M€ en 2025 et 20 M€ en 2026.

Par ailleurs, la mise en place d’un système de vérification par l’assurance maladie ou par un tiers de confiance des indicateurs pour confirmer la prise en charge de la facturation permettrait d’identifier les situations de fraude ou de facturation erronée. En appliquant cette mesure à la PPC, la correction de 1 % des facturations erronées pourrait générer une économie proche de 10 M€. Ce mécanisme spécifique pourrait être effectif début 2027 au regard des délais nécessaires de développement des systèmes d’information.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie		+ 20 M€	+ 20 M€	+ 10 M€	+ 10 M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

La mesure pourra avoir un impact sur les entreprises de distribution au détail avec une gestion des stocks et des mises à disposition aux patients plus dynamique qu'aujourd'hui.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

- *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure pourra avoir un impact positif sur l'environnement puisqu'elle permettra d'assurer une consommation plus pertinente des soins, et donc par exemple d'éviter la génération de déchets liés à des consommables.

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

Sans objet.

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

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

En cas de non atteinte d'indicateurs définis, la prise en charge du patient sera ajustée par le prescripteur permettant une meilleure orientation dans une stratégie thérapeutique pertinente et adaptée.

L'assuré ne sera pas tenu à des démarches administratives supplémentaires du fait de cette mesure.

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

La mesure aura des impacts sur les systèmes d'information de l'assurance maladie pour sa mise en œuvre, avec le cas échéant le déploiement d'un tiers de confiance permettant la vérification de la bonne adéquation des indicateurs et la facturation prévue.

Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

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

Cette mesure aura un impact sur la charge de travail de l'administration centrale pour revoir les modalités de prise en charge pour les catégories dispositifs médicaux concernés afin d'intégrer des indicateurs lorsque cela est pertinent, ainsi que pour le service du contrôle médical de l'Assurance maladie qui pourra également s'appuyer sur ces éléments.

La Haute Autorité de Santé devra veiller à intégrer ces aspects dans son évaluation.

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

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

Un décret viendra préciser sur le second alinéa les modalités d'application du système de vérification de la bonne adéquation entre la facturation par le distributeur et les indicateurs définis dans l'arrêté de prise en charge, dans le respect du droit relatif au recueil et la transmission des données personnelles de santé.

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

La mesure sera mise en œuvre après publication de la loi, avec pour le premier alinéa de la mesure une intégration possible dans les arrêtés de prise en charge au titre de la LPP.

Pour le second alinéa, un décret d'application sera nécessaire et des développements informatiques pourront être nécessaires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale avant modification	Article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale après modification
<p>Dans le cadre de la mise en œuvre de certains traitements d'affections chroniques, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé, les prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique peuvent recueillir, avec l'accord du patient, les données issues d'un dispositif médical inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du présent code qu'ils ont mis à la disposition du patient et qui est nécessaire à son traitement. Pour l'application du présent article, le recueil des données s'entend des seules données résultant de l'utilisation par le patient du dispositif médical concerné.</p> <p>Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données, le prestataire peut conduire, en lien avec le prescripteur qui réévalue, le cas échéant, sa prescription, des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical inscrit ainsi que ses prestations de services et d'adaptation associées, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1.</p> <p>Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p> <p>Les tarifs de responsabilité ou les prix mentionnés, respectivement, aux articles L. 165-2 et L. 165-3 peuvent être modulés, sans préjudice des autres critères d'appréciation prévus aux mêmes articles L. 165-2 et L. 165-3, en fonction de certaines données collectées, notamment celles relatives aux modalités d'utilisation du dispositif médical mis à disposition. Dans le cadre de la procédure d'inscription d'un tel dispositif médical sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée au même article L. 165-1 se prononce dans son avis sur les modalités selon lesquelles sont prises en compte les données collectées pouvant, le cas échéant, donner lieu à une modulation du tarif de responsabilité ou du prix, notamment au regard du bon usage des produits ou prestations concernés. 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.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Dans le cadre de la mise en œuvre de certains traitements d'affections chroniques, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé, les prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique les distributeurs au détail peuvent recueillir, avec l'accord du patient, les données issues d'un dispositif médical inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du présent code qu'ils ont mis à la disposition du patient et qui est nécessaire à son traitement et à l'évaluation de sa pertinence. Pour l'application du présent article, le recueil des données s'entend des seules données résultant de l'utilisation par le patient du dispositif médical concerné.</p> <p>Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données, le prestataire peut conduire, en lien avec le prescripteur qui réévalue, le cas échéant, sa prescription, des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical inscrit ainsi que ses prestations de services et d'adaptation associées, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1.</p> <p>Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au distributeur en détail et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données et de façon régulière, le prescripteur réévalue la pertinence et l'efficacité de sa prescription et le distributeur, en lien avec le prescripteur, déploie des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical. Lorsque la prise en charge ou la modulation de la prise en charge est subordonnée au respect des conditions d'utilisation prévues par l'arrêté mentionné à l'article L. 165-1, le distributeur au détail transmet, avec l'accord du patient, à l'assurance maladie ou, le cas échéant, à un tiers de confiance habilité à cette fin, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les données permettant d'en attester. Le défaut de transmission des données du fait du distributeur au détail est inopposable au patient.</p> <p>Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p> <p>Les tarifs de responsabilité ou les prix mentionnés, respectivement, aux articles L. 165-2 et L. 165-3 peuvent être modulés, sans préjudice des autres critères d'appréciation prévus aux mêmes articles L. 165-2 et L. 165-3, en fonction de certaines données collectées, notamment celles relatives aux modalités d'utilisation du dispositif médical mis à disposition. Dans le cadre de la procédure d'inscription d'un tel dispositif médical sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée au même article L. 165-1 se prononce dans son avis sur les modalités selon lesquelles sont prises en compte</p>

	<p>les données collectées pouvant, le cas échéant, donner lieu à une modulation du tarif de responsabilité ou du prix, notamment au regard du bon usage des produits ou prestations concernés. 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 distributeurs au détail. 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.</p> <p>Lorsque le distributeur au détail recueille l'accord du patient pour la transmission de ses données d'utilisation, il l'informe que les données au prescripteur peuvent conduire ce dernier, si la prescription n'est pas pertinente au regard notamment de la faible utilisation du dispositif, à ne pas renouveler sa prescription.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
--	---

Article 21 – Réforme du modèle de financement des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

I. Présentation de la mesure

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

a) Problème à résoudre

L’article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit actuellement :

« I.-A.-A titre expérimental, pour une durée de quatre ans à compter du 1er janvier 2025, est mis en place, dans au plus vingt départements volontaires, un régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles. [...]

IV.- Les départements peuvent se porter candidats à l’expérimentation mentionnée au A du I du présent article par décision de leur assemblée délibérante. La délibération est transmise au représentant de l’Etat dans le département au plus tard le 30 avril 2024 pour une première vague de l’expérimentation, à compter du 1er janvier 2025, ou entre cette date et le 30 avril 2025 pour une seconde vague de l’expérimentation, à compter du 1er janvier 2026.

Un décret fixe la liste des départements retenus pour mener l’expérimentation. [...] »

27 départements se sont portés candidats pour entrer dans l’expérimentation dès le 1^{er} janvier 2025, dont 3 se sont manifestés après la date du 30 avril 2024. Ces départements sont : l’Aude, le Cantal, la Charente Maritime, la Corrèze, les Côtes d’Armor, la Creuse, le Finistère, la Guyane, la Haute-Garonne, la Haute-Marne, la Réunion, les Landes, le Lot, le Lot et Garonne, la Lozère, le Maine et Loire, la Mayenne, la Métropole de Lyon, le Morbihan, la Nièvre, le Pas-de-Calais, les Pyrénées Orientales, la Savoie et la Seine-Saint-Denis. *[Seraient également pris en compte les trois départements s’étant manifestés après la date du 30 avril 2024 : Aisne, Loire-Atlantique et Vaucluse.]* Ces initiatives confirment l’intérêt des départements pour cette réforme du financement des EHPAD, compte tenu des simplifications qu’elle apporte en termes de gestion, de facturation, d’organisation ou encore de dialogue de gestion entre les EHPAD et autorités de tarification.

Au-delà de ces simplifications, la fusion des sections facilitera l’adaptation des EHPAD aux nouveaux enjeux de la prise en charge du grand âge avec un financement cohérent indispensable pour organiser l’activité et assurer l’accompagnement de résidents dont le niveau moyen de dépendance et de besoins en soins s’accroît tendanciellement.

Certains départements candidats ont également mis en avant l’opportunité de se recentrer sur le financement de la prise en charge à domicile, sans remettre en cause leur engagement auprès des EHPAD de leurs territoires. Cela passe par exemple par des politiques renforcées de soutien à la qualité, d’aides à l’investissement, ainsi que par une meilleure coordination entre le domicile et établissements ou encore le soutien aux établissements en difficulté.

Face à ces enjeux, l’objectif des pouvoirs publics nationaux reste donc de généraliser la fusion des sections à terme si les résultats de l’expérimentation sont probants.

b) Mesure proposée

Afin de déroger au plafond de 20 départements actuellement fixé par la loi, il est proposé de porter le nombre maximum de collectivités territoriales pouvant participer à l’expérimentation à au plus 23 dès le 1er janvier 2025.

Certains départements n’ont pas pu transmettre une délibération pour le 30 avril 2024. Ceux-ci ont en revanche transmis un courrier d’intention de délibérer en faveur d’une candidature pour l’entrée dans l’expérimentation. Il est en conséquence proposé de décaler la date de réception de la délibération au 31 octobre, date compatible avec une adaptation, en cas de désistement, des dispositions financières d’accompagnement.

La présente mesure doit être complétée de dispositions financières au titre du calcul de la rétro-compensation des recettes à la sécurité sociale, calcul qui dépend de la liste des départements retenus. La LFSS pour 2024 a en effet fixé les modalités de calcul des sommes devant être restituées par les conseils départementaux expérimentateurs, mais n’a pas déterminé exactement les modalités de cette reprise.

Il convient donc, dans le cadre des lois financières pour 2025 (PLF et PLFSS) :

- d’adapter le concours au titre de l’APA ;
- de réaliser, en projet de loi de finances (PLF), une reprise des recettes complémentaires (égales à la différence entre le droit à rétro-compensation et la reprise du concours APA) sur des recettes restant à déterminer ;
- d’assurer l’affectation de ces recettes de l’Etat à la branche autonomie, par une modification de clé de répartition sur une recette partagée.

Il est proposé d’adapter le calcul du montant de concours perçu par les départements expérimentateurs au titre de l’APA sur la durée de l’expérimentation. Les modalités de calcul seront précisées par voie réglementaire.

c) Autres options possibles

Sans modification de l’article 79 précité, son application aurait restreint l’expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2025 à 8 départements. Or les limites du modèle actuel de financement des EHPAD, pointées par de nombreux acteurs et rapports, justifient au contraire de promouvoir un mouvement qui recueille l’accord de nombreux conseils départementaux.

Alternativement, il aurait pu être envisagé de procéder à une généralisation dès le 1^{er} janvier 2026, écartée à ce stade compte tenu du souhait, porté en loi de financement pour 2024, de procéder par la voie d’une expérimentation.

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

Conformément à l’article LO 111-3-8, peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l’année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l’année à venir, les dispositions ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l’équilibre financier de ces régimes et applicables aux années ultérieures, à la condition que ces dispositions présentent un caractère permanent.

L’estimation des dépenses de la sécurité sociale conduite dans le cadre de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 se fondait sur l’hypothèse d’une expérimentation démarrant au 1^{er} janvier 2025. Le fait de porter le nombre de départements expérimentateurs à 23 dès le 1^{er} janvier 2025 induit donc une majoration des dépenses de sécurité sociale, au-delà des montants actuellement prévus dans la trajectoire de l’ONDAM.

II. Consultations obligatoires

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

L’augmentation du plafond de départements pouvant expérimenter la fusion des sections « soins » et « dépendance » nécessite une consultation du Conseil national d’évaluation des normes (CNEN).

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

Il n’existe pas de règlement ou de jurisprudence s’appliquant spécifiquement à ce sujet et de manière générale, la mesure n’est pas contraire aux règles fixées par les traités ou qui en découlent.

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

a) Possibilité de codification

Néant.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Le montant du transfert de financement entre le budget des départements expérimentateurs et ceux de l’Etat et de la sécurité sociale a été fixé en référence aux dépenses d’APA en établissement estimées au 31 décembre 2024 pour les départements expérimentateurs. Le montant de transfert a été modulé à la baisse, afin de tenir compte de leurs efforts passés de financement de la dépendance.

Le montant total du transfert financier est de l’ordre de **744 M€ en 2025, 765 M€ en 2026 et 788 M€ en 2027**. Ce transfert est en partie couvert par une **neutralisation des recettes des départements expérimentateurs à hauteur de 535 M€ en 2025, 544 M€ en 2026, et 555 M€ en 2027**.

Cette évaluation est provisoire et a vocation à être révisée afin de tenir compte des remontées d’enquêtes réalisées auprès des départements candidats, ainsi que du nombre de départements participants *in fine*.

Les surcoûts bruts sont estimés à **234 M€ en 2025, 247 M€ en 2026 et 259 M€ en 2027** et se décomposent comme suit :

- **125 M€ en 2025, 134 M€ en 2026 et 144 M€ en 2027** au titre de la modulation à la baisse des reprises de recettes des départements expérimentateurs, dans le cadre du transfert de financement entre leurs budgets et de celui de l’Etat et de la Sécurité sociale. Ces modulations intègrent :
 - **55 M€ en 2025, 2026 et 2027** en lien avec la prise en compte de la moyenne sur les années 2021-2023 des dépenses d’APAE, plutôt que sur la dernière année connue (ce choix réduit le montant de reprises de recettes dès lors que les dépenses d’APAE sont croissantes), et du plafonnement du montant de recettes reprises, pour éviter de pénaliser les départements expérimentateurs ayant consenti les efforts de financement les plus importants. Le plafonnement est appliqué au niveau de valeur du premier quartile de la distribution nationale des valeurs de point GIR (groupe iso-ressources) ;
 - **70 M€ en 2025, 2026 et 2027** au titre du **décalage entre le triennal des dépenses d’APAE 2021-2023 retenu pour les estimations de coût et l’entrée dans l’expérimentation en 2025**. Ce surcoût comprend notamment l’application du taux de progression de l’OGD, la création de places nouvelles, la modification de la structure par GIR des résidents accueillis.
 - **10 M€ en 2026 et 20M€ en 2027** au titre de la dynamique des recettes reprises, moins importante que celle des dépenses nettes des concours.
- **25 M€ en 2025, 26 M€ en 2026 et 2027** au titre de la convergence des valeurs de point GIR au 3ème quartile des valeurs de points GIR dès 2025. En effet, il est proposé de porter la valeur de point GIR des départements expérimentateurs au niveau du troisième quartile de la distribution nationale des valeurs de point GIR constatée en 2024, hors Outre-Mer et Corse ;
- **85 M€ en 2025, 87 M€ en 2026 et 90 M€ en 2027** au titre des résidents accueillis dans les départements expérimentateurs mais ayant conservé leur domicile de secours dans un autre département. Aujourd’hui, ce coût est facturé par l’EHPAD d’accueil au département d’origine du résident. Dans le cadre de l’expérimentation, il sera intégré dans le forfait global unique versé par l’ARS du département d’accueil.

Ces estimations ne comprennent pas l’impact financier lié à la fixation d’une participation forfaitaire des résidents aux dépenses d’entretien de l’autonomie, dont le montant sera fixé par décret.

Comme indiqué *supra*, les coûts estimés découlent des dépenses d’APA-E des départements expérimentateurs. Ils incluent donc les dépenses relatives aux EHPAD et celles relatives aux USLD, qui ne peuvent être discriminées en l’état. La répartition du coût global estimé entre la branche maladie et la branche autonomie a été établie en proratisant selon les poids relatifs de chaque secteur dans le financement de la dépendance. Il est présenté le coût total de l’expérimentation, sans préjudice des vecteurs de financement qui seront mobilisés pour les branches autonomie et maladie.

La trajectoire de la branche autonomie sera modifiée pour intégrer le coût net de la mesure, en sus des engagements déjà pris lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Le coût brut total de 234 M€ (2025) pour 23 départements se décompose donc comme suit :

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
Régime général/ROBSS/autre			-234	-247	-259
<i>Dont reprise de dépenses</i>			-744	-765	-788
<i>Dont reprise de recettes</i>			535	544	555
<i>Dont dépenses supplémentaires</i>			-25	-26	-26
- Maladie			-13	-13	-14
<i>Dont modulation à la baisse des reprises de recettes aux départements</i>			-3	-3	-3
<i>Dont décalage période de référence / DEEV</i>			-4	-4	-4
<i>Dont coût des résidents originaires de départements non-expérimentateurs</i>			-5	-5	-5
<i>Dont application de la valeur de point GIR pour 2025 arrêtée au 3^{ème} quartile</i>			-1	-1	-1
<i>Dont écart de dynamiques entre dépenses et recettes reprises</i>			0	0	-1
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie			-222	-234	-246
<i>Dont modulation à la baisse des reprises de recettes aux départements</i>			-52	-52	-52
<i>Dont décalage période de référence / DEEV</i>			-66	-66	-66
<i>Dont coût des résidents originaires de départements non-expérimentateurs)</i>			-80	-82	-85
<i>Dont application de la valeur de point GIR pour 2025 arrêtée au 3^{ème} quartile</i>			-24	-24	-25
<i>Dont écart de dynamiques entre dépenses et recettes reprises</i>			0	-9	-18
Départements Gain fusion des sections			209	221	233
<i>Dont reprise de dépenses</i>			744	765	788
<i>Dont reprises de recettes</i>			-535	-544	-555

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

a) impacts économiques

La fusion des sections est source d'efficacité, aussi bien chez les gestionnaires d'établissements qu'au sein des départements. En facilitant par exemple la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou le déclenchement des coupes PATHOS et AGGIR, il est attendu une plus grande adaptation de l'allocation des ressources aux besoins des résidents.

La souplesse de gestion d'une section unique, qui ne sépare plus les dépenses de soins et de dépendance de plus en plus interdépendantes, ou encore l'intégration de dépenses liées à la prévention dans le forfait unique, doivent également permettre de réaliser des gains d'efficacité et de qualité dans la prise en charge du grand âge en établissement.

En étendant ce régime adapté de financement à un nombre plus important d'EHPAD, ces impacts auront d'autant plus de répercussions en termes de gains d'efficacité.

b) impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La fusion des sections va induire une simplification des démarches pour les résidents, qui n'auront plus à formuler une demande d'APA en établissement. La participation sera en outre fixée de façon forfaitaire et nationale, si bien que les enjeux de financement de l'accompagnement médico-social ne seront plus un facteur de différenciation entre établissements.

L'ouverture de l'expérimentation à un nombre plus large d'EHPAD permettra d'étendre cette simplification administrative, et source d'équité, à plus de résidents sur le territoire.

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

Les impacts pour les Conseils départementaux qui participent à l'expérimentation sont les suivants :

- Fin de l'instruction individuelle des demandes d'APA en établissement.
- Fin des opérations de règlement de factures au titre de résidents accueillis hors département.
- Fin des opérations de validation des coupes AGGIR.
- Fin des opérations de tarification individuelle des établissements implantés dans le département au titre de la section dépendance.

Les ARS et la CNSA utiliseront les mêmes outils de suivi de la tarification. Le reversement des crédits entre la Sécurité sociale et les Départements au titre du domicile de secours des personnes hébergées a un impact sur la CNSA.

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

Ces dispositions sont mises en œuvre à moyens constants.

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

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

Néant.

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

Cette mesure trouvera une application directe à partir du 1^{er} janvier 2025.

c) Modalités d’information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi inter-administratif s’appuyant notamment sur les systèmes d’information de la CNSA.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 79 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 avant modification	Article 79 de la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 après modification
<p>I.-A.-A titre expérimental, pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2025, est mis en place, dans au plus vingt départements volontaires, un régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles.</p> <p>L’expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent A fait l’objet d’une évaluation par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie chaque année jusqu’à son terme.</p> <p>Au plus tard six mois avant le terme de l’expérimentation, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport dressant le bilan de l’expérimentation et évaluant les conditions de sa généralisation et de sa pérennisation.</p> <p>B.-Par dérogation au premier alinéa de l’article L. 232-1 du code de l’action sociale et des familles, la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre III du livre II du même code n’est pas applicable aux personnes hébergées dans un établissement mentionné au A du présent I situé dans un département participant à l’expérimentation mentionnée au même A.</p> <p>C.-1. Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A, pour les établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles, les charges couvertes par les forfaits globaux mentionnés aux 1^o et 2^o du I de l’article L. 314-2 du même code sont, par dérogation aux mêmes 1^o et 2^o, financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l’entretien de l’autonomie, selon des modalités fixées par décret en Conseil d’Etat.</p> <p>Ce forfait global unique prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents de ces établissements, dans les conditions prévues à l’article L. 314-9 dudit code, validés au plus tard le 30 juin de l’année précédente. Ce forfait global unique peut en outre :</p> <p>1^o Inclure des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d’accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l’article L. 313-12-3 du même code, définis dans le contrat prévu au IV ter de l’article L. 313-12 du même code ;</p> <p>2^o Tenir compte de l’activité réalisée, de l’atteinte des objectifs du contrat mentionné au même IV ter ainsi que de l’existence de surcoûts liés au lieu d’implantation de l’établissement ou du service ;</p>	<p>I.-A.-A titre expérimental, pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2025, est mis en place, dans au plus vingt vingt-trois départements volontaires, un régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles.</p> <p>L’expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent A fait l’objet d’une évaluation par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie chaque année jusqu’à son terme.</p> <p>Au plus tard six mois avant le terme de l’expérimentation, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport dressant le bilan de l’expérimentation et évaluant les conditions de sa généralisation et de sa pérennisation.</p> <p>B.-Par dérogation au premier alinéa de l’article L. 232-1 du code de l’action sociale et des familles, la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre III du livre II du même code n’est pas applicable aux personnes hébergées dans un établissement mentionné au A du présent I situé dans un département participant à l’expérimentation mentionnée au même A.</p> <p>C.-1. Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A, pour les établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles, les charges couvertes par les forfaits globaux mentionnés aux 1^o et 2^o du I de l’article L. 314-2 du même code sont, par dérogation aux mêmes 1^o et 2^o, financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l’entretien de l’autonomie, selon des modalités fixées par décret en Conseil d’Etat.</p> <p>Ce forfait global unique prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents de ces établissements, dans les conditions prévues à l’article L. 314-9 dudit code, validés au plus tard le 30 juin de l’année précédente. Ce forfait global unique peut en outre :</p> <p>1^o Inclure des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d’accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l’article L. 313-12-3 du même code, définis dans le contrat prévu au IV ter de l’article L. 313-12 du même code ;</p> <p>2^o Tenir compte de l’activité réalisée, de l’atteinte des objectifs du contrat mentionné au même IV ter ainsi que de l’existence de surcoûts liés au lieu d’implantation de l’établissement ou du service ;</p>

<p>3° Financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l’hébergement mentionnés au 3° du I de l’article L. 314-2 du même code.</p> <p>2. Le directeur général de l’agence régionale de santé fixe chaque année le montant du forfait global unique mentionné au 1° du 1 du présent C.</p> <p>D.-Par dérogation au II de l’article L. 314-2 du code de l’action sociale et des familles, le forfait global unique mentionné au C du présent I est fixé, pour les établissements nouvellement créés, en prenant en compte le niveau de dépendance moyen national des résidents et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixés annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie.</p> <p>E.-Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I, les résidents des établissements mentionnés au même A acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d’autonomie, une participation journalière aux dépenses d’entretien de l’autonomie dont les modalités de détermination et de mise en œuvre sont fixées par décret.</p> <p>Il est garanti aux personnes bénéficiaires de l’aide sociale du département accueillies dans les établissements mentionnés au premier alinéa du I de l’article L. 232-8 du code de l’action sociale et des familles habilités à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale départementale un montant minimal, fixé par décret, laissé à leur disposition après le paiement des prestations à leur charge mentionnées au 3° du I de l’article L. 314-2 du même code et au 1 du C du présent I.</p> <p>La participation mentionnée au présent E peut être prise en charge par l’aide sociale prévue à l’article L. 121-1 du code de l’action sociale et des familles, dans les conditions prévues au livre 1er du même code. Pour les résidents bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie accueillis au 31 décembre 2024 ou au 31 décembre 2025, cette participation ne peut être supérieure à celle qu’ils acquittaient à cette date au titre du I de l’article L. 232-8 dudit code.</p> <p>F.-Le forfait global unique mentionné au C du présent I est versé par l’organisme payeur de l’assurance maladie en tenant compte des participations forfaitaires mentionnées au E.</p> <p>G.-Le II de l’article L. 232-8 du code de l’action sociale et des familles est applicable aux départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I, à l’égard des personnes qui sont à leur charge en application de l’article L. 122-1 du code de l’action sociale et des familles, lorsque celles-ci résident dans un</p>	<p>3° Financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l’hébergement mentionnés au 3° du I de l’article L. 314-2 du même code.</p> <p>2. Le directeur général de l’agence régionale de santé fixe chaque année le montant du forfait global unique mentionné au 1° du 1 du présent C.</p> <p>D.-Par dérogation au II de l’article L. 314-2 du code de l’action sociale et des familles, le forfait global unique mentionné au C du présent I est fixé, pour les établissements nouvellement créés, en prenant en compte le niveau de dépendance moyen national des résidents et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixés annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie.</p> <p>E.-Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I, les résidents des établissements mentionnés au même A acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d’autonomie, une participation journalière aux dépenses d’entretien de l’autonomie dont les modalités de détermination et de mise en œuvre sont fixées par décret.</p> <p>Il est garanti aux personnes bénéficiaires de l’aide sociale du département accueillies dans les établissements mentionnés au premier alinéa du I de l’article L. 232-8 du code de l’action sociale et des familles habilités à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale départementale un montant minimal, fixé par décret, laissé à leur disposition après le paiement des prestations à leur charge mentionnées au 3° du I de l’article L. 314-2 du même code et au 1 du C du présent I.</p> <p>La participation mentionnée au présent E peut être prise en charge par l’aide sociale prévue à l’article L. 121-1 du code de l’action sociale et des familles, dans les conditions prévues au livre 1er du même code. Pour les résidents bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie accueillis au 31 décembre 2024 ou au 31 décembre 2025, cette participation ne peut être supérieure à celle qu’ils acquittaient à cette date au titre du I de l’article L. 232-8 dudit code.</p> <p>F.-Le forfait global unique mentionné au C du présent I est versé par l’organisme payeur de l’assurance maladie en tenant compte des participations forfaitaires mentionnées au E.</p> <p>G.-Le II de l’article L. 232-8 du code de l’action sociale et des familles est applicable aux départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I, à l’égard des personnes qui sont à leur charge en application de l’article L. 122-1 du code de l’action sociale et des familles, lorsque celles-ci résident dans un</p>
---	---

<p>établissement situé dans un département qui ne participe pas à l’expérimentation.</p> <p>Les versements effectués en application du premier alinéa du présent G sont intégralement remboursés aux départements participant à l’expérimentation mentionnée au A par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, selon des modalités définies par décret.</p> <p>H.-Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I et par dérogation au IV ter de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles, le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens des établissements mentionnés à l’article L. 342-1 du même code n’est conclu qu’avec le directeur général de l’agence régionale de santé, sauf si le président du conseil départemental fait connaître à celui-ci son intention d’être partie au contrat dans l’année qui précède le début de la négociation.</p> <p>i.-Pour les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, le forfait global unique mentionné au C du présent I est pris en charge par l’assurance maladie dans les conditions prévues au présent I, à l’exception du D. Les modalités de détermination et d’allocation du forfait global unique à ces établissements sont fixées par décret en Conseil d’Etat.</p> <p>Le montant annuel des dépenses afférentes au forfait global unique prises en charge par l’assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l’article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>J.-Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I, l’annexe prévue à l’article L. 6114-1-2 du code de la santé publique n’est conclue qu’avec le directeur général de l’agence régionale de santé, sauf si le président du conseil départemental a fait connaître à celui-ci son intention d’être partie au contrat dans l’année qui précède le début de la négociation.</p> <p>II.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Au 8° de l’article L. 160-14, les mots : « une unité ou un centre de long séjour » sont remplacés par les mots : « un établissement de santé autorisé à dispenser des soins de longue durée » ; 2° Au 3° de l’article L. 162-22, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ; 3° A la fin de l’intitulé de la section 2 du chapitre IV du titre VII du livre 1er, les mots : « unités ou centres de long séjour » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée » ;</p>	<p>établissement situé dans un département qui ne participe pas à l’expérimentation.</p> <p>Les versements effectués en application du premier alinéa du présent G sont intégralement remboursés aux départements participant à l’expérimentation mentionnée au A par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, selon des modalités définies par décret.</p> <p>H.-Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I et par dérogation au IV ter de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles, le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens des établissements mentionnés à l’article L. 342-1 du même code n’est conclu qu’avec le directeur général de l’agence régionale de santé, sauf si le président du conseil départemental fait connaître à celui-ci son intention d’être partie au contrat dans l’année qui précède le début de la négociation.</p> <p>i.-Pour les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, le forfait global unique mentionné au C du présent I est pris en charge par l’assurance maladie dans les conditions prévues au présent I, à l’exception du D. Les modalités de détermination et d’allocation du forfait global unique à ces établissements sont fixées par décret en Conseil d’Etat.</p> <p>Le montant annuel des dépenses afférentes au forfait global unique prises en charge par l’assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l’article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>J.-Dans les départements participant à l’expérimentation mentionnée au A du présent I, l’annexe prévue à l’article L. 6114-1-2 du code de la santé publique n’est conclue qu’avec le directeur général de l’agence régionale de santé, sauf si le président du conseil départemental a fait connaître à celui-ci son intention d’être partie au contrat dans l’année qui précède le début de la négociation.</p> <p>II.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° Au 8° de l’article L. 160-14, les mots : « une unité ou un centre de long séjour » sont remplacés par les mots : « un établissement de santé autorisé à dispenser des soins de longue durée » ; 2° Au 3° de l’article L. 162-22, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ; 3° A la fin de l’intitulé de la section 2 du chapitre IV du titre VII du livre 1er, les mots : « unités ou centres de long séjour » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée » ;</p>
---	---

<p>4° L'article L. 174-5 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;</p> <p>b) A la première phrase du second alinéa, les mots : « les unités ou centres de long séjour » sont remplacés par les mots : « ces établissements » ;</p> <p>5° L'article L. 174-6 est ainsi modifié :</p> <p>a) La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :</p> <p>-les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;</p> <p>-les mots : « unité ou le centre de » sont remplacés par les mots : « établissement de santé autorisé à dispenser des » ;</p> <p>b) A la seconde phrase du même premier alinéa, les mots : « une unité ou un centre » sont remplacés par les mots : « un établissement » ;</p> <p>c) A la première phrase du deuxième alinéa et au troisième alinéa, les mots : « unités et centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des ».</p> <p>III.-Chaque département participant à l'expérimentation mentionnée au A du I du présent article reverse chaque année à l'Etat ou à la sécurité sociale, selon une règle de répartition fixée par décret, la somme correspondant au transfert de charges résultant, au profit du département, de la mise en œuvre de ce régime et qui est égale au cumul :</p> <p>1° De la moyenne des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes accueillies dans un établissement, mentionnée au I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, exposées par le département concerné au cours des trois années précédant l'entrée en vigueur de l'expérimentation et retracées dans son compte de gestion, après application, le cas échéant, d'une valeur individuelle maximale fixée par décret ;</p> <p>2° Et de la valorisation financière, définie par décret, des emplois qui cessent d'être affectés à la tarification, prévue au 2° du I de l'article L. 314-2 du même code, dans les établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12 dudit code en raison de la participation du département à l'expérimentation.</p> <p>Cette somme peut être imputée en tout ou partie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, sur le</p>	<p>4° L'article L. 174-5 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;</p> <p>b) A la première phrase du second alinéa, les mots : « les unités ou centres de long séjour » sont remplacés par les mots : « ces établissements » ;</p> <p>5° L'article L. 174-6 est ainsi modifié :</p> <p>a) La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :</p> <p>-les mots : « unités ou centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des » ;</p> <p>-les mots : « unité ou le centre de » sont remplacés par les mots : « établissement de santé autorisé à dispenser des » ;</p> <p>b) A la seconde phrase du même premier alinéa, les mots : « une unité ou un centre » sont remplacés par les mots : « un établissement » ;</p> <p>c) A la première phrase du deuxième alinéa et au troisième alinéa, les mots : « unités et centres de » sont remplacés par les mots : « établissements de santé autorisés à dispenser des ».</p> <p>III.-Chaque département participant à l'expérimentation mentionnée au A du I du présent article reverse chaque année à l'Etat ou à la sécurité sociale, selon une règle de répartition fixée par décret, la somme un montant correspondant au transfert de charges résultant, au profit du département, de la mise en œuvre de ce régime et qui est égale au cumul :</p> <p>1° De à la moyenne des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes accueillies dans un établissement, mentionnée au I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, exposées par le département concerné au cours des trois années précédant l'entrée en vigueur de l'expérimentation et retracées dans son compte de gestion transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans les conditions prévues au présent III, après application, le cas échéant, d'une valeur individuelle maximale fixée par décret ;</p> <p>2° Et de la valorisation financière, définie par décret, des emplois qui cessent d'être affectés à la tarification, prévue au 2° du I de l'article L. 314-2 du même code, dans les établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12 dudit code en raison de la participation du département à l'expérimentation.</p>
---	---

<p>montant du concours versé au département en application du a du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Chaque département participant à l'expérimentation transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les informations mentionnées aux 1° et 2° du présent III ainsi que l'ensemble des données utilisées, dans le cadre du régime antérieur, pour fixer les forfaits globaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles de chaque établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, selon des modalités fixées par décret.</p> <p>IV.-Les départements peuvent se porter candidats à l'expérimentation mentionnée au A du I du présent article par décision de leur assemblée délibérante. La délibération est transmise au représentant de l'Etat dans le département au plus tard le 30 avril 2024 pour une première vague de l'expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2025, ou entre cette date et le 30 avril 2025 pour une seconde vague de l'expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2026.</p> <p>Un décret fixe la liste des départements retenus pour mener l'expérimentation.</p> <p>V.-Dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée au A du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé se substitue, au nom de l'Etat, au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements des départements inscrits dans les contrats mentionnés au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles au titre du forfait global relatif à la dépendance défini à l'article L. 314-2 du même code, à l'exception de ceux relatifs à la pluriannualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.</p> <p>Dans le même cas, pour les conventions pluriannuelles mentionnées au premier alinéa du IV bis de l'article L. 313-12 dudit code, dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé, ou pour l'annexe relative aux soins de longue durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à</p>	<p>Cette somme peut être imputée Ce montant est imputé en tout ou partie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, sur le montant du concours versé au département en application du a du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale. Les dépenses d'allocations pour l'autonomie mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sont, dans les départements participant à l'expérimentation, fixées par décret pendant la durée de celle-ci, en tenant compte du montant des dépenses des années précédentes.</p> <p>Chaque département participant à l'expérimentation transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les informations mentionnées aux 1° et 2° du permettant le calcul de la moyenne mentionnée au présent III ainsi que l'ensemble des données utilisées, dans le cadre du régime antérieur, pour fixer les forfaits globaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles de chaque établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, selon des modalités fixées par décret.</p> <p>IV.-Les départements peuvent se porter candidats à l'expérimentation mentionnée au A du I du présent article par décision de leur assemblée délibérante. La délibération est transmise au représentant de l'Etat dans le département au plus tard le 30 avril 31 octobre 2024 pour une entrée dans première vague de l'expérimentation, à compter du 1er janvier 2025, ou entre cette date et le 30 avril 2025 pour une seconde vague de l'expérimentation, à compter du 1er janvier 2026.</p> <p>Un décret fixe la liste des départements retenus pour mener l'expérimentation.</p> <p>V.-Dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée au A du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé se substitue, au nom de l'Etat, au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements des départements inscrits dans les contrats mentionnés au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles au titre du forfait global relatif à la dépendance défini à l'article L. 314-2 du même code, à l'exception de ceux relatifs à la pluriannualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.</p> <p>Dans le même cas, pour les conventions pluriannuelles mentionnées au premier alinéa du IV bis de l'article L. 313-12 dudit code, dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2020-1407 du 18 novembre 2020 relative aux missions des agences régionales de santé, ou pour l'annexe relative aux soins de longue durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article L. 6114-1-2 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé se substitue au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements</p>
--	--

<p>l'article L. 6114-1-2 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé se substitue au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements prévus au titre des prestations relatives à la dépendance prévues au IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>VI.-L'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les deux occurrences du mot : « désigné » sont remplacées par les mots : « ou à un infirmier désignés » ;</p> <p>2° Au deuxième alinéa, le mot : « désigné » est remplacé par les mots : « ou à un infirmier désignés » ;</p> <p>3° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « deux médecins mentionnés » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées » ;</p> <p>b) Les mots : « médecins chargés » sont remplacés par les mots : « personnes chargées ».</p>	<p>prévus au titre des prestations relatives à la dépendance prévues au IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>VI.-L'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les deux occurrences du mot : « désigné » sont remplacées par les mots : « ou à un infirmier désignés » ;</p> <p>2° Au deuxième alinéa, le mot : « désigné » est remplacé par les mots : « ou à un infirmier désignés » ;</p> <p>3° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « deux médecins mentionnés » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées » ;</p> <p>b) Les mots : « médecins chargés » sont remplacés par les mots : « personnes chargées ».</p>
--	--

Article 22 – Aligner le mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles (NSA) sur le régime général

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

a) Problème à résoudre

Les modalités de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles diffèrent sensiblement du calcul de la retraite des assurés des régimes alignés (régime général des salariés et des travailleurs indépendants et régime des salariés agricoles). Alors que la pension servie par les régimes alignés est calculée sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenus, la pension de base des non-salariés agricoles est composée d'une pension forfaitaire et d'une pension proportionnelle calculée sur la base des points acquis en fonction des revenus tout au long de la carrière professionnelle de l'assuré. Par ailleurs, sous réserve de remplir certaines conditions d'éligibilité, deux *minima* de pension s'appliquent aux pensions de base et complémentaire des non-salariés agricoles : la pension majorée de référence (PMR)¹ pour le régime de base et le complément différentiel du régime complémentaire obligatoire (CD de RCO)² pour le régime complémentaire.

Malgré les améliorations successives intervenues ces dernières années, notamment à travers les lois promulguées les 3 juillet 2020 et 17 décembre 2021, qui se sont appliquées tant aux anciens qu'aux nouveaux retraités, le niveau des retraites agricoles demeure plus faible que dans les régimes alignés. À la suite des mesures de revalorisation des petites retraites agricoles en 2023, la retraite mensuelle moyenne de droit direct était de 1 320 € pour les poly-pensionnés et de 1 076 € pour les mono-pensionnés. Si cette situation s'explique avant tout par la faiblesse relative des revenus agricoles, le régime de retraite des non-salariés agricoles apparaît aujourd'hui de plus en plus inadapté à la variabilité de leurs revenus. En outre, les différences entre les règles de calcul des pensions de retraite des non-salariés agricoles et celles des régimes alignés, dont le régime de salariés agricoles, n'est pas de nature à faciliter les mobilités professionnelles et à participer à l'attractivité du métier d'agriculteur.

b) Mesure proposée

La réforme consiste, en premier lieu, à supprimer à terme les pensions forfaitaire et proportionnelle du régime de base des non-salariés agricoles et à calculer les retraites de base sur les vingt-cinq meilleures années de revenus comme au régime général pour les travailleurs indépendants. La mesure vise à atténuer l'effet des variations de revenus sur les pensions de retraite et s'inscrit dans une démarche de convergence du mode de calcul sur celui des régimes alignés. Elle s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026.

Afin de bénéficier pleinement de la logique de convergence des régimes et de faciliter les mobilités professionnelles des actifs agricoles, la réforme consiste à répartir les vingt-cinq meilleures années à prendre en compte entre le régime des non-salariés agricoles et les régimes alignés au prorata des durées d'assurance dans chacun des régimes.

La caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) ne disposant pas des informations permettant de reconstituer l'effet des nouvelles règles sur les revenus agricoles pour les périodes antérieures à 2016, un dispositif transitoire est proposé, qui consiste à retenir les meilleures années de points pour les années antérieures à 2016 et les meilleures années de revenus à compter de 2016. La répartition des meilleures années à prendre en considération avant ou après 2016 se fera au prorata des durées d'assurance accomplies avant 2016 à la retraite proportionnelle et après 2016 dans le régime des non-salariés agricoles.

Ainsi, pour calculer les pensions, les 25 meilleures années seront réparties dans un premier temps entre d'une part le régime des non-salariés agricoles et d'autre part les régimes alignés, au prorata de la durée d'assurance respective dans chacun des régimes. Puis, une fois fixé le quantum d'années à prendre en compte au sein du régime des non-salariés agricoles, ces années seront réparties entre les périodes avant et après 2016, au prorata de la durée d'assurance effectuée sur chacune de ces périodes.

Les travaux informatiques à engager pour permettre cette réforme étant particulièrement lourds, la CCMSA ne sera en mesure de procéder au calcul d'une pension sur la base des meilleures années de revenus qu'au 1^{er} janvier 2028. Aussi, les pensions qui prendront effet entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 seront-elles calculées de manière provisoire selon les modalités actuellement en vigueur. Toutefois, pour ces pensions, une révision sera effectuée en 2028 en comparant le montant de pension issu des règles applicables à la suite de la réforme et celui issu des dispositions applicables antérieurement. Si le calcul selon les nouvelles règles aboutit à un montant supérieur au montant calculé en 2026 ou en

¹ La pension majorée de référence (PMR) permet de compléter la retraite de base. Pour en bénéficier, il est nécessaire d'avoir liquidé sa pension personnelle de NSA au taux plein. Au 1^{er} janvier 2024, la PMR porte la pension de base à 876,13 € bruts (montant identique au MiCo majoré) proratisés en fonction de la durée d'assurance validée (durée d'au moins 120 trimestres, cotisée ou validée au titre de l'assurance vieillesse des aidants et de l'assurance vieillesse des parents au foyer, pour le MiCo majoré). La PMR est un montant minimum de droit propre et de droit dérivé de base. La PMR ne peut porter le total des pensions tous régimes au-delà de 1 073,07 € (contre 1 367,51 € pour le MiCo).

² Le CD de RCO complète les retraites de base et complémentaire. Pour le percevoir, il est nécessaire de liquider sa pension au taux plein et d'avoir cotisé au moins 17,5 ans dans le régime des NSA comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal ou exclusif. Le CD de RCO est calculé en fonction de la durée d'assurance en tant que chef d'exploitation à titre exclusif ou principal. Le CD de RCO doit permettre de porter le total de la pension de base et complémentaire NSA à 85 % du SMIC (1 177,03 € au 1^{er} janvier 2024) net agricole pour une carrière de chef. Il est soumis à un plafond de pensions tous régime égal à 85 % du SMIC. Il s'ajoute après le MiCo et la PMR. Aussi l'augmentation de ces derniers fait mécaniquement baisser le CD de RCO.

2027, des rappels de pension seront versés et le montant calculé en 2028 sera retenu pour l'avenir. A l'inverse, si le calcul effectué en 2028 aboutissait à un montant inférieur au montant calculé en 2026 ou en 2027, le montant de la pension ne serait pas révisé et le montant issu du calcul initial serait conservé à titre définitif.

À long terme, pour les assurés ayant démarré leur carrière de non-salariés agricoles à compter de 2016, la retraite de base sera calculée exclusivement sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenus.

En deuxième lieu, dans un souci constant de convergence favorable à l'assuré, la réforme prévoit de renforcer l'accès aux *minima* de pension en relevant le plafond d'écrêtement tous régimes de la pension majorée de référence (PMR) au niveau de celui du minimum contributif (MiCo) pour les pensions prenant effet à partir du 1^{er} janvier 2026. En 2024, le plafond de la PMR est de 1 073 euros bruts mensuels et celui du MiCo de 1 367 euros. Cette revalorisation s'accompagnera d'un renforcement de l'effort contributif, prévu à l'article 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, visant à un alignement des taux de cotisation vieillesse sur ceux appliqués aux travailleurs indépendants non agricoles, qui doit également entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Le bénéfice de la pension majorée de référence (PMR) et du complément différentiel du régime complémentaire obligatoire (CD de RCO) sera également étendu aux non-salariés agricoles exerçant cette activité à titre secondaire pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026 et pour les périodes postérieures à cette date.

Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2026, tous les non-salariés agricoles, quel que soit leur statut, bénéficieront des premiers effets de cette réforme de convergence grâce à l'extension du bénéfice de la PMR et à l'augmentation de son plafond d'écrêtement.

Enfin, la réforme propose de poursuivre la convergence en étendant le bénéfice de certaines mesures favorables du régime général au régime des non-salariés agricoles en :

- permettant les versements pour la retraite au titre des années incomplètes et des périodes d'exercice d'un mandat local ;
- précisant l'exclusion des nouvelles pensions de droits propres et dérivés issues du cumul emploi retraite créateur de droit du calcul de la PMR et du CD de RCO.

En dernier lieu, s'agissant des départements d'outre-mer, il est proposé d'habiliter le gouvernement à légiférer par ordonnance dans un délai de vingt-quatre mois pour modifier les modalités de calcul de la pension applicable à ces territoires. Ce renvoi à une ordonnance est motivé par la réforme en cours visant à aligner, à partir de 2026, l'assiette sociale des non-salariés agricoles ultramarins sur celle applicable en métropole, afin que leurs cotisations et contributions soient à l'avenir assises sur leurs revenus professionnels et non plus sur la superficie réelle pondérée de l'exploitation. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a, à cette fin, habilité le gouvernement à légiférer par ordonnance.

Par ailleurs, cette mesure propose de simplifier pour les caisses de sécurité sociale la mise en œuvre :

- du dispositif de surcote parentale, en ne retenant qu'une seule période de référence pour son bénéfice, au lieu de périodes discontinues entre la surcote parentale et la surcote de droit commun ;
- du dispositif de pension d'orphelin qui s'inscrira désormais dans le cadre d'une liquidation unique des régimes alignés (LURA), lorsque les pensions de vieillesse des parents de l'orphelin ont été ou auraient pu être liquidées dans ce cadre.

c) Autres options possibles

Trois autres grandes familles de scénarios ont été examinées par le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et du conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) de janvier 2024 :

(i) Le calcul des retraites sur les vingt-cinq meilleures années de revenus uniquement qui ne peut, pour des raisons techniques et opérationnelles, concerner que les revenus à compter de 2016. Dans ce scénario, la réforme ne serait applicable qu'aux personnes entrées dans le régime des non-salariés agricoles à compter de 2016. Dès lors, la sélection des vingt-cinq meilleures années ne pourrait pas s'opérer avant 2041 pour les assurés ayant une carrière complète dans le régime et dont la retraite prendrait effet en 2059, date à laquelle l'assuré aura acquis la durée d'assurance requise pour le taux plein selon la réglementation en vigueur à date. Or, le Gouvernement est attaché à ce que les actifs proches de la retraite puissent également bénéficier de cette réforme.

(ii) Une double liquidation permettant de calculer la retraite sur la base des règles actuelles jusqu'en 2015 puis sur les vingt-cinq meilleures années de revenus à compter de 2016. Cette option est écartée car elle ne produira des effets sur les niveaux de pension qu'à long terme.

(iii) A également été considéré un calcul de la retraite sur la base des vingt-cinq meilleures années de points de retraite proportionnelle tel que proposé par monsieur le sénateur Philippe Mouiller et madame la députée Mathilde Panot dans le cadre de leur proposition de loi. Cette option serait en contradiction avec le principe même d'un régime en points, qui par définition repose sur le principe de cumul des points sur l'intégralité de la carrière. Au surplus, l'objectif de cette mesure et de la mesure jumelle portant sur l'alignement des assiettes de cotisations est bien de garantir la convergence avec les régimes alignés, demandée par certaines organisations professionnelles agricoles, seule de nature à assurer l'équité entre l'ensemble des assurés et à permettre une continuité entre l'activité de salarié et de non-salarié agricoles.

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

Cette mesure aura un effet sur les prestations versées par le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et plus particulièrement sur les dépenses du régime d'assurance vieillesse de base et sur les dépenses des régimes alignés (nouvelle règle de calcul du salaire annuel moyen et minimum contributif). La mesure a ainsi sa place dans le présent projet de loi de

financement de la sécurité sociale en application des dispositions du c du 1° de l'article LO.111- 3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

Les conseils d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet du Gouvernement. Les caisses disposent d'un délai de quinze jours pour déposer leur avis sur le bureau de l'Assemblée nationale.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il est de jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime (partie législative) ainsi que certains articles du même code et du code de la sécurité sociale doivent être modifiés.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles, s'appliquant aux flux de nouveaux retraités, a un impact financier immédiat puis croissant dans le temps, du fait de l'effet progressif de la sélection des meilleures années dans la carrière des assurés. La hausse du plafond de la pension majorée de référence (PMR) a quant à elle un impact dès son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2026 sur les dépenses du régime de base. Cette convergence a également un impact mélioratif sur les pensions servies aux non-salariés agricoles au titre de leur carrière dans les régimes alignés dès 2026.

La hausse moyenne des pensions de base des non-salariés agricoles et des régimes alignés conduit à une diminution des dépenses du régime complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles. En effet, le complément différentiel du régime complémentaire obligatoire (CD de RCO) est soumis à un plafond tous régimes. Aussi son montant est écrêté lorsque le montant des pensions tous régimes progresse.

Enfin, pour les assurés poly-pensionnés, la hausse des pensions de base peut engendrer une légère baisse des masses versées au titre du minimum contributif (MiCo) du régime général, en raison du plafond d'écrêtement tous régimes de ce dernier. Celle-ci est cependant de second ordre.

Les estimations financières présentées ci-après reposent sur une analyse des effets individuels, micro-simulés par le modèle PRISME de la CNAV. En effet, la diversité des parcours professionnels et les multiples déterminants des pensions induisent des effets individuels variés. Aussi, la CNAV fonde-t-elle ses analyses sur les parcours professionnels constatés d'un échantillon de plusieurs millions d'assurés représentatifs. Les estimations à horizon 2028 sont d'autant plus robustes que les assurés concernés ont déjà effectué la quasi-totalité de leur trajectoire professionnelle. A horizon 2050, alors que la grande majorité des pensionnés aura bénéficié de la mesure, le coût total de la réforme, corrigé de l'inflation, sera de l'ordre de quatre fois supérieur à celui constaté en 2028.

Pour illustrer l'effet de la mesure, plusieurs cas-types sont présentés ci-après. Cette approche permet d'identifier les effets de la réforme sur plusieurs profils de carrières types. Ces profils sont théoriques et n'ont pas vocation à refléter la complexité des trajectoires réelles de carrière. Ils ont pour objectif, à partir d'une trajectoire théorique simplifiée et donc plus intelligible, d'illustrer de manière pédagogique les effets des scénarios. Chaque cas présenté ci-dessous liquide sa pension avec exactement la durée d'assurance requise pour sa génération. Les résultats sont présentés en euros constants 2024.

Les assurés poly-pensionnés, aux carrières heurtées ou aux revenus importants et non éligibles aux minima de pension, sont particulièrement gagnants, comme illustré par quatre cas-types ci-après :

- 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 NSA : ce cas réalise toute sa carrière en tant que salarié avec des revenus qui oscillent entre 1 et 2,5 SMIC entrecoupée de 10 années en tant que chef d'exploitation avec des revenus qui fluctuent également beaucoup dont certains atteignent 800h-SMIC. Le nouveau calcul des pensions permet la suppression des années les moins avantageuses, dans les deux régimes, notamment celles à 800h-SMIC dans leur entièreté dans sa carrière NSA. Ainsi, sa pension s'améliore significativement, à la fois sur la partie des régimes alignés et sur la partie du régime NSA 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 10 ans en tant que salarié, cette personne perçoit un revenu égal à 0,5 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 sa pension dans les régimes alignés puisque ses revenus sont restés à 0,5 PASS. À partir de 2028, la pension NSA 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 10 ans à 0,5 PASS puis 15 ans à un 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 de NSA sont supprimées, améliorant sa pension de 3 % en 2028.

Pour les non-salariés agricoles mono-pensionnés qui perçoivent le CD-RCO, la réforme n'induit pas de hausse de pension tous régimes, mais ils ne perdent pas non plus à la réforme.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier ¹ en droits constatés (en M€ courants)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse *			-8	-21	-84
<i>Dont régime de base de NSA</i>			-3	-6	-67
<i>Dont régime complémentaire des NSA</i>			+1	+2	+11
<i>Dont régime général</i>			-6	-17	-28
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Que ce soit à court ou à long terme, la mesure génère une augmentation de la pension moyenne des non-salariés agricoles (hausse moyenne de la pension tous régimes) de 4,5 % à l'horizon 2040 et de 5,8 % à l'horizon 2070.

b) Impacts sociaux

• Impact sur les jeunes

Le présent dispositif devrait, selon les travaux de la commission portant sur l'examen de la proposition de loi du député Julien Dive, rendre plus attractif le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et offrirait notamment des perspectives plus favorables pour les jeunes agriculteurs qui s'installent.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

A compter de 2026, l'alignement des assiettes de cotisations et le calcul sur la base des revenus vont permettre une convergence des pensions entre les chefs d'exploitation et les conjoints collaborateurs. Or, 24,5 % des chefs d'exploitation sont des femmes (*Chiffres utiles de la MSA*, édition 2024) et un faisceau d'indices conduit à penser que les femmes sont majoritaires dans le statut de collaborateur. Dès lors, la réforme contribuera à la réduction des écarts de pension entre les femmes et les hommes.

¹ L'effet plus faible sur le régime des non-salariés agricoles en 2026 et 2027 est lié à une application immédiate du relèvement du plafond d'écrêtement de la PMR mais d'une application différée des autres dispositions de la réforme, d'où une forte hausse des coûts en 2028, lorsque le système d'information permettra de recalculer les pensions.

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

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

Cette réforme n'entraîne pas de démarches supplémentaires pour les assurés.

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

La mesure nécessite d'adapter les systèmes d'information de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour déterminer les droits des bénéficiaires. La mesure nécessitera également des travaux d'adaptation des systèmes d'information de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour le calcul des droits à pension au régime général des assurés poly-pensionnés ayant une partie de leur carrière au régime des non-salariés agricoles et une autre au sein des régimes alignés (salariés et travailleurs indépendants du régime général, salariés agricoles).

La mise en œuvre de la mesure impose au préalable de réaliser avant fin 2025 la bascule des données de carrière des non-salariés agricoles dans le répertoire de gestion des carrières uniques (RGCU) pour que la CNAV liquide les pensions de retraite des poly-pensionnés selon les nouvelles règles dès 2026.

Côté MSA, le calcul en meilleures années de points de la fraction de pension au titre des périodes antérieures à 2016 sera réalisé dans le SI existant. Le calcul sur la base des meilleures années de revenus s'appuiera en revanche sur un SI entièrement rénové, composé à titre principal de trois briques techniques : le RGCU afin d'utiliser les mêmes données que la CNAV, le moteur de calcul de la retraite (MOCAR) et l'outil de liquidation des retraites SILVER. Compte tenu du calendrier de déploiement de ces différents outils à partir de 2026, le versement des pensions selon les nouvelles règles et la régularisation pour les périodes antérieures sont prévus à compter du 1^{er} janvier 2028.

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

Les éventuels moyens spécifiques nécessaires à la réforme seront prévus dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2026-2030 de la MSA.

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

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

La section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime (partie réglementaire) ainsi que les divers articles qui y renvoient dans le même code et dans le code de la sécurité sociale doivent être modifiés. Il est prévu une publication de ces textes en 2025.

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

Les nouvelles modalités de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles entreront en vigueur pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026.

Il est également nécessaire de prévoir des délais pour régulariser, en 2028, les dossiers liquidés durant la période transitoire 2026 et 2027.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera donnée par les caisses de la Mutualité Sociale Agricole notamment sur le site internet de la CCMSA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de la mise en œuvre de cette mesure sera assuré par la CCMSA dans le cadre de sa mission statistique prévue par les articles L.723-11 et suivants du code rural et de la pêche maritime.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code rural et de la pêche maritime	
Livre III Exploitation agricole	
Article L. 321-5 avant modification	Article L. 321-5 après modification
<p>Le conjoint du chef d'une exploitation ou d'une entreprise agricole qui n'est pas constituée sous forme d'une société ou d'une coexploitation entre conjoints peut y exercer son activité professionnelle en qualité de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole.</p> <p>Lorsque le chef ou un associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole exerce également une activité non salariée non agricole et est affilié au seul régime agricole en application de l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale, son conjoint peut également prétendre au statut de collaborateur au titre de sa participation à l'activité non salariée non agricole.</p> <p>Sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 321-1, le conjoint de l'associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole constituée sous la forme d'une société peut également prétendre au statut de collaborateur lorsqu'il y exerce son activité professionnelle et n'est pas associé de ladite société.</p> <p>L'option pour le statut de conjoint collaborateur est formulée selon des modalités précisées par décret et prend effet à compter de la date à laquelle l'intéressé remplit les conditions prévues au présent article.</p> <p>Par dérogation, l'option formulée avant le 1^{er} janvier 2001 prend effet au 1^{er} janvier 1999 si le conjoint remplissait, à cette dernière date, les conditions fixées à l'article L. 732-34. Pour les personnes bénéficiant du statut de conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole à compter du 1^{er} janvier 1999, la cotisation prévue au b de l'article L. 731-42 due pour l'année 2000 est majorée au titre de l'année 1999 dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Le collaborateur bénéficie du droit à l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans les conditions prévues aux chapitres IV et IV-1 du titre II du livre VII lorsque son conjoint relève du régime agricole, ainsi que d'une créance de salaire différé dans les conditions prévues au chapitre I^{er} du titre II du livre III (nouveau).</p> <p>A compter du 1^{er} janvier 2006, le conjoint du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant sur l'exploitation ou au sein de l'entreprise une activité professionnelle régulière opte, selon des modalités précisées par décret, pour l'une des qualités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">-collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ;-salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole ;-chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. <p>La personne qui devient collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peut pas conserver cette qualité plus de cinq ans.</p> <p>(...)</p>	<p>Le conjoint du chef d'une exploitation ou d'une entreprise agricole qui n'est pas constituée sous forme d'une société ou d'une coexploitation entre conjoints peut y exercer son activité professionnelle en qualité de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole.</p> <p>Lorsque le chef ou un associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole exerce également une activité non salariée non agricole et est affilié au seul régime agricole en application de l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale, son conjoint peut également prétendre au statut de collaborateur au titre de sa participation à l'activité non salariée non agricole.</p> <p>Sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 321-1, le conjoint de l'associé d'une exploitation ou d'une entreprise agricole constituée sous la forme d'une société peut également prétendre au statut de collaborateur lorsqu'il y exerce son activité professionnelle et n'est pas associé de ladite société.</p> <p>L'option pour le statut de conjoint collaborateur est formulée selon des modalités précisées par décret et prend effet à compter de la date à laquelle l'intéressé remplit les conditions prévues au présent article.</p> <p><i>Par dérogation, l'option formulée avant le 1^{er} janvier 2001 prend effet au 1^{er} janvier 1999 si le conjoint remplissait, à cette dernière date, les conditions fixées à l'article L. 732-34. Pour les personnes bénéficiant du statut de conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole à compter du 1^{er} janvier 1999, la cotisation prévue au b de l'article L. 731-42 due pour l'année 2000 est majorée au titre de l'année 1999 dans des conditions fixées par décret.</i></p> <p>Le collaborateur bénéficie du droit à l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans les conditions prévues aux chapitres IV et IV-1 du titre II du livre VII lorsque son conjoint relève du régime agricole, ainsi que d'une créance de salaire différé dans les conditions prévues au chapitre I^{er} du titre II du livre III (nouveau).</p> <p>A compter du 1^{er} janvier 2006, le conjoint du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant sur l'exploitation ou au sein de l'entreprise une activité professionnelle régulière opte, selon des modalités précisées par décret, pour l'une des qualités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">-collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ;-salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole ;-chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. <p><i>La personne qui devient collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peut pas conserver cette qualité plus de cinq ans. Le statut de collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peut être occupé, y compris de façon interrompue, que pendant une durée totale qui ne peut excéder cinq ans.</i></p>

	<p>Pour les personnes exerçant au 1er janvier 2022 une activité professionnelle sous le statut de collaborateur, la durée de cinq ans mentionnée à l'alinéa s'apprécie au regard des seules périodes postérieures à cette date. Toutefois, si ces mêmes personnes atteignent l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale avant le 1er janvier 2032, cette même durée peut être prolongée jusqu'à la liquidation de leurs droits à pension.</p> <p>Le reste sans changement</p>
Livre VII : Dispositions sociales	
Titre Ier : Réglementation du travail salarié	
Article L. 718-2-1 avant modification	Article L. 718-2-1 après modification
<p>Les chefs d'exploitation et d'entreprise agricoles bénéficient personnellement du droit à la formation professionnelle continue. A cette fin, ils consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6313-1 du code du travail une contribution calculée en pourcentage de l'assiette déterminée à l'article L. 731-15 du présent code ou de l'assiette forfaitaire déterminée à l'article L. 731-16 du présent code. Son taux ne peut être inférieur à 0,30 %, dans la limite d'une somme dont le montant minimal et maximal est fixé par décret par référence au montant annuel du plafond de la sécurité sociale. Pour les chefs d'exploitation agricole exerçant dans les départements d'outre-mer, le montant de cette contribution varie en fonction de la surface pondérée de l'exploitation mentionnée à l'article L. 762-7 du présent code, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Pour les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 qui n'ont pas atteint l'âge déterminé à l'article L. 732-18, pour les conjoints et les membres de la famille des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 732-34 du présent code, ainsi que pour les conjoints ayant opté pour la qualité de conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 321-5 du même code, la contribution est égale au montant minimal prévu à l'alinéa précédent. Ces personnes bénéficient de la formation professionnelle continue.</p> <p>(...)</p>	<p>Les chefs d'exploitation et d'entreprise agricoles bénéficient personnellement du droit à la formation professionnelle continue. A cette fin, ils consacrent chaque année au financement des actions définies à l'article L. 6313-1 du code du travail une contribution calculée en pourcentage de l'assiette déterminée à l'article L. 731-15 du présent code ou de l'assiette forfaitaire déterminée à l'article L. 731-16 du présent code. Son taux ne peut être inférieur à 0,30 %, dans la limite d'une somme dont le montant minimal et maximal est fixé par décret par référence au montant annuel du plafond de la sécurité sociale. Pour les chefs d'exploitation agricole exerçant dans les départements d'outre-mer, le montant de cette contribution varie en fonction de la surface pondérée de l'exploitation mentionnée à l'article L. 762-7 du présent code, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Pour les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 qui n'ont pas atteint l'âge déterminé à l'article L. 732-18, pour les conjoints et les membres de la famille des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 732-34 du présent code, ainsi que pour les conjoints ayant opté pour la qualité de conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 321-5 du même code <u>l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et pour les collaborateurs d'exploitation et d'entreprise agricole, les aides familiaux et associés d'exploitation mentionnés à l'article L. 722-15 du présent code</u>, la contribution est égale au montant minimal prévu à l'alinéa précédent. Ces personnes bénéficient de la formation professionnelle continue.</p> <p>Le reste sans changement</p>
Titre II : Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles	
Article L. 722-7-1 (nouveau)	
	<p>Le preneur et le bailleur des biens ruraux faisant l'objet de baux à métayage sont considérés comme des chefs d'exploitation, le premier sous réserve qu'il ne soit pas assujéti au régime des assurances sociales des salariés agricoles, le second sous réserve de l'application de l'article L. 171-6-1 du code de la sécurité sociale.</p>
Article L. 722-7-2 (nouveau)	
	<p>Le régime de protection sociale des personnes non-salariées des professions agricoles est également applicable, dans les cas mentionnés à la sous-section 2, aux aides familiaux, entendus comme les ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés.</p>

	<p>Cette qualité ne peut être conservée, y compris de façon interrompue, que pendant une durée totale qui ne peut excéder cinq ans. A l'issue d'une telle durée, les personnes mentionnées au premier alinéa sont tenues d'opter pour le statut de salarié ou de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.</p> <p>Dès lors qu'ils ne justifient pas de leur affiliation à un régime légal ou réglementaire de retraite à raison de l'exercice d'une activité professionnelle personnelle, qu'ils ne sont pas atteints d'une incapacité absolue de travail et qu'ils ne sont pas bénéficiaires des dispositions des titres III et IV du livre II, et titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, les membres de famille énumérés au premier alinéa, qui vivent sur l'exploitation sont, sauf preuve contraire, présumés remplir la condition de mise en valeur mentionnée au même alinéa.</p>
Article L. 722-10 avant modification	Article L. 722-10 après modification
<p>Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux :</p> <p>1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7.</p> <p>Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 ;</p> <p>2° Aux aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°.</p> <p>Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés.</p> <p>La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ;</p> <p>3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 ;</p> <p>4° a) Aux personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou</p>	<p>Les dispositions relatives à l'assurance obligatoire maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles sont applicables, sous réserve des traités et accords internationaux :</p> <p>1° Aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 722-4 à condition que l'exploitation ou l'entreprise soit située sur le territoire métropolitain et qu'elle ait au moins l'importance définie à l'article L. 722-5, sous réserve des dérogations prévues aux articles L. 722-6 et L. 722-7.</p> <p>Sont assimilées aux chefs d'exploitation mentionnés à l'alinéa précédent pour le bénéfice de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, les personnes ayant cessé leur activité non salariée agricole et qui répondent à des conditions d'âge et de durée d'activité professionnelle fixées par décret. Le maintien de ces droits leur est assuré jusqu'à l'âge auquel elles peuvent prétendre à bénéficier de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 de base du régime institué par le présent chapitre ;</p> <p>2° Aux aides familiaux non salariés, définis à l'article L. 722-7-2, et associés d'exploitation, définis par l'article L. 321-6, des chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1°.</p> <p>Par aides familiaux, on entend les ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés.</p> <p>La personne qui devient aide familial à compter du 18 mai 2005 ne peut conserver cette qualité plus de cinq ans ;</p> <p>3° Aux anciens exploitants et à leurs conjoints titulaires de la pension de retraite prévue à l'article L. 732-18 de base du régime institué par le présent chapitre, ainsi qu'aux titulaires de la pension de retraite forfaitaire prévue à l'article L. 732-34 dans sa rédaction antérieure à la loi n°... de financement de la sécurité sociale pour 2025 ;</p> <p>4° a) Aux personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la</p>

<p>d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ;</p> <p>b) Aux enfants qui remplissent les conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>5° Aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ;</p> <p>6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1^{er} avril 2002 ;</p> <p>7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.</p>	<p>sécurité sociale, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie, maternité ;</p> <p>b) Aux enfants qui remplissent les conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>5° Aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole située sur le territoire métropolitain, lesdites sociétés étant assimilées, pour l'application du présent régime, aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° ;</p> <p>6° Aux titulaires des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1^{er} avril 2002 ;</p> <p>7° Aux titulaires des rentes mentionnées à l'article L. 752-6.</p>
<p align="center">Article L. 722-15 avant modification</p> <p>Les dispositions relatives à l'assurance vieillesse sont applicables aux personnes non salariées occupées dans les exploitations ou entreprises remplissant les conditions fixées au 1° de l'article L. 722-4 et aux articles L. 722-5 à L. 722-7.</p>	<p align="center">Article L. 722-15 après modification</p> <p>Les dispositions relatives à l'assurance vieillesse sont applicables aux personnes non salariées occupées dans les exploitations ou entreprises remplissant les conditions fixées au 1° de l'article L. 722-4 et aux articles L. 722-5 à L. 722-7 ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 et aux aides familiaux et associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10.</p>
<p align="center">Article L. 722-16 avant modification</p> <p>En cas de décès d'un assuré relevant de l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15, le conjoint survivant résidant en France bénéficie d'une assurance veuvage dans les conditions définies à l'article L. 732-54-5.</p>	<p align="center">Article L. 722-16 (abrogé)</p> <p><i>En cas de décès d'un assuré relevant de l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15, le conjoint survivant résidant en France bénéficie d'une assurance veuvage dans les conditions définies à l'article L. 732-54-5.</i></p>
<p align="center">Article L. 722-17 avant modification</p> <p>Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15 les personnes non salariées qui, ayant été occupées en dernier lieu dans les exploitations ou entreprises remplissant les conditions fixées au 1° de l'article L. 722-4 et aux articles L. 722-5 à L. 722-7 et ne réunissant pas la durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'article L. 732-25, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale.</p> <p>Les conjoints collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole définis au premier alinéa de l'article L. 321-5 peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15, dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation et le mode de calcul des cotisations.</p>	<p align="center">Article L. 722-17 après modification</p> <p>Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15 les personnes non salariées qui, ayant été occupées en dernier lieu dans les exploitations ou entreprises remplissant les conditions fixées au 1° de l'article L. 722-4 et aux articles L. 722-5 à L. 722-7 et ne réunissant pas la durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'article L. 732-25 au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale.</p> <p>Les conjoints collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole définis au premier alinéa de l'article L. 321-5 du présent code peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15, dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation et le mode de calcul des cotisations.</p>
<p align="center">Article L. 722-18 avant modification</p> <p>Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15 dans les conditions fixées aux articles L. 732-52 à L. 732-54, les personnes non salariées ayant</p>	<p align="center">Article L. 722-18 après modification</p> <p>Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 722-15 dans les conditions fixées aux articles L. 732-52 à et L. 732-54, les personnes non salariées</p>

<p>été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, résidant à l'étranger et occupées dans les exploitations ou entreprises visées aux 1° à 4° de l'article L. 722-1.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation.</p>	<p>ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, résidant à l'étranger et occupées dans les exploitations ou entreprises visées aux 1° à 4° de l'article L. 722-1.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation.</p>
Article L. 727-1 avant modification	Article L. 727-1 (abrogé)
<p>Les personnes non-salariées assujetties au régime de protection sociale des professions agricoles peuvent contracter auprès des caisses de mutualité sociale agricole des assurances complémentaires de l'assurance maladie, maternité et vieillesse dans les conditions déterminées par un décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les personnes non-salariées assujetties au régime de protection sociale des professions agricoles peuvent contracter auprès des caisses de mutualité sociale agricole des assurances complémentaires de l'assurance maladie, maternité et vieillesse dans les conditions déterminées par un décret en Conseil d'Etat.</p>
Titre III : Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles	
Article L. 731-3 avant modification	Article L. 731-3 après modification
<p>Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p> <p>3° Une fraction égale à 24,51 % du produit de l'accise sur les alcools mentionnée à l'article L. 313-1 du code des impositions sur les biens et services perçue sur les produits relevant de la catégorie fiscale des alcools ainsi que le produit de cette même accise perçue sur les produits relevant des autres catégories fiscales ;</p> <p>4° bis La part de la contribution prévue à l'article 1613 quater du code général des impôts relative au montant prévu au 1° du II du même article 1613 quater ;</p> <p>4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;</p> <p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>	<p>Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p> <p>3° Une fraction égale à 24,51 % du produit de l'accise sur les alcools mentionnée à l'article L. 313-1 du code des impositions sur les biens et services perçue sur les produits relevant de la catégorie fiscale des alcools ainsi que le produit de cette même accise perçue sur les produits relevant des autres catégories fiscales ;</p> <p>4° bis La part de la contribution prévue à l'article 1613 quater du code général des impôts relative au montant prévu au 1° du II du même article 1613 quater ;</p> <p>4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;</p> <p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>
Article L. 731-39 avant modification	Article L. 731-39 après modification
<p>Bénéficiaire d'une exemption totale de cotisations :</p> <p>1° Les titulaires de la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et les titulaires de la retraite forfaitaire accordée en</p>	<p>Bénéficiaire d'une exemption totale de cotisations :</p> <p>1° Les titulaires de la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et les titulaires de la retraite forfaitaire accordée en</p>

<p>vertu de l'article L. 732-34, percevant l'allocation supplémentaire prévue au livre VIII du code de la sécurité sociale, lorsqu'ils ont cessé toute activité professionnelle ou exploitent moins de trois hectares, sous réserve des coefficients d'équivalence prévus à l'article L. 312-5 du présent code ;</p> <p>2° Les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 722-10.</p>	<p>vertu de l'article L. 732-34 de retraites, percevant l'allocation supplémentaire prévue au livre VIII du code de la sécurité sociale, lorsqu'ils ont cessé toute activité professionnelle ou exploitent moins de trois hectares, sous réserve des coefficients d'équivalence prévus à l'article L. 312-5 du présent code ;</p> <p>2° Les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 722-10.</p>
<p>Article L. 732-17-1 avant modification</p>	<p>Article L. 732-17-1 (abrogé)</p>
<p>La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée d'au moins un an, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés mentionnés à l'article L. 732-29 et pour les assurés bénéficiaires d'un départ à la retraite au titre des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-4. Cette condition d'âge est abaissée d'une durée pouvant aller jusqu'à neuf ans pour les assurés mentionnés à l'article L. 732-18-2 du présent code et d'une durée ne pouvant excéder deux ans pour les assurés mentionnés à l'article L. 351-6-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée d'au moins un an, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés mentionnés à l'article L. 732-29 et pour les assurés bénéficiaires d'un départ à la retraite au titre des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-4. Cette condition d'âge est abaissée d'une durée pouvant aller jusqu'à neuf ans pour les assurés mentionnés à l'article L. 732-18-2 du présent code et d'une durée ne pouvant excéder deux ans pour les assurés mentionnés à l'article L. 351-6-1 du code de la sécurité sociale.</p>
<p align="center">Chapitre II : Prestations Section 3 : Assurance vieillesse et assurance veuvage</p>	
	<p align="center">Article L. 732-18 (transféré)</p> <p>L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Sous réserve des dispositions de la présente section et des adaptations nécessaires prises par voie réglementaire, les prestations d'assurance vieillesse de base et de veuvage dont bénéficient les personnes non salariées des professions agricoles mentionnées à l'article L. 722-15 sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies par les dispositions des chapitres I à IV, VI et VIII du titre V du livre III du code de la sécurité sociale, exception faite des articles L. 351-10, L. 351-10-1 et du 3° du I de l'article L. 351-14-1 de ce code.</p> <p>Pour l'application de l'alinéa précédent, les mots : « salaire annuel de base » sont remplacés par les mots : « revenu annuel moyen » et, sauf en ce qui concerne les articles L. 351-6-1, L. 351-14 et L. 351-17 du code de la sécurité sociale, les mots : « régime général » et : « régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régime des non salariés de professions agricoles ».</p> <p>Pour l'application des dispositions du I de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, les références aux articles L. 411-1 et L. 461-1 de ce code sont respectivement remplacées par les références aux premier et second alinéas de l'article L. 752-2 du présent code.</p>
<p>Sous-section 1 : Assurance vieillesse Paragraphe 1 : Dispositions générales</p>	<p>Sous-section 1 : Assurance vieillesse Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite Paragraphe 1 : Dispositions générales Conditions d'âge</p>
<p>Article L. 732-18</p>	<p>Transféré en tête de section 3</p>
<p>L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Transféré en tête de section 3</p>
<p>Article L. 732-18-1</p>	<p>Article L. 732-18-1 (abrogé)</p>
<p>L'âge prévu à l'article L. 732-18 est abaissé pour les personnes ayant exercé une activité non salariée agricole qui ont</p>	<p>L'âge prévu à l'article L. 732-18 est abaissé pour les personnes ayant exercé une activité non salariée agricole qui ont</p>

<p>commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à un seuil défini par décret, qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article. Il indique notamment les modalités selon lesquelles peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré une partie des périodes de service national et certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes, ainsi que les périodes validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 du même code et les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial.</p>	<p>commencé leur activité avant un des quatre âges, dont le plus élevé ne peut excéder vingt et un ans, et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à un seuil défini par décret, qui ne peut être supérieure à la durée d'assurance mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article. Il indique notamment les modalités selon lesquelles peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré une partie des périodes de service national et certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes, ainsi que les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial.</p>
<p>Article L. 732-18-2</p> <p>La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.</p> <p>La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.</p>	<p>Article L. 732-18-2 (abrogé)</p> <p>La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.</p> <p>La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.</p>
<p>Article L. 732-18-3</p> <p>I. — La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée à soixante ans pour les assurés qui justifient d'une incapacité permanente au sens de l'article L. 752-6 au moins égale à un taux déterminé par décret, lorsque cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée au second alinéa de l'article L. 752-2 ou d'un accident du travail mentionné au premier alinéa du même article et ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.</p> <p>II. — La pension de vieillesse liquidée en application du présent article est calculée au taux plein même si l'assuré ne justifie pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et un ou plusieurs autres régimes obligatoires.</p> <p>III. — Lorsque l'assuré justifie d'une incapacité permanente d'un taux inférieur à celui mentionné au I du présent article et que cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée au second alinéa de l'article L.</p>	<p>Article L. 732-18-3 (abrogé)</p> <p>I. — La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée à soixante ans pour les assurés qui justifient d'une incapacité permanente au sens de l'article L. 752-6 au moins égale à un taux déterminé par décret, lorsque cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée au second alinéa de l'article L. 752-2 ou d'un accident du travail mentionné au premier alinéa du même article et ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.</p> <p>II. — La pension de vieillesse liquidée en application du présent article est calculée au taux plein même si l'assuré ne justifie pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et un ou plusieurs autres régimes obligatoires.</p> <p>III. — Lorsque l'assuré justifie d'une incapacité permanente d'un taux inférieur à celui mentionné au I du présent article et que cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée au second alinéa de l'article L. 752-</p>

<p>752-2 ou au titre d'un accident de travail mentionné au premier alinéa du même article L. 752-2, la condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée de deux ans et le II du présent article s'applique, sous réserve :</p> <p>1° Que le taux d'incapacité permanente de l'assuré soit au moins égal à un taux déterminé par décret ;</p> <p>2° Que l'assuré ait été exposé, pendant un nombre d'années déterminé par décret, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail ;</p> <p>3° Qu'il puisse être établi que l'incapacité permanente dont est atteint l'assuré est directement liée à l'exposition à ces facteurs de risques professionnels.</p> <p>Une commission pluridisciplinaire dont l'avis s'impose à l'organisme débiteur de la pension de retraite est chargée de valider les modes de preuve apportés par l'assuré et d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de cette commission ainsi que les éléments du dossier au vu desquels elle rend son avis sont fixés par décret.</p> <p>Les conditions prévues aux 2° et 3° ne sont pas applicables lorsque l'incapacité permanente est reconnue au titre d'une maladie professionnelle consécutive à un ou des facteurs de risques mentionnés au 1° et au a du 2° de l'article L. 4161-1 du code du travail. Un arrêté fixe la liste des maladies professionnelles concernées. L'avis de la commission pluridisciplinaire mentionnée à l'avant dernier alinéa n'est dans ce cas pas requis.</p>	<p>2 ou au titre d'un accident de travail mentionné au premier alinéa du même article L. 752-2, la condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée de deux ans et le II du présent article s'applique, sous réserve :</p> <p>1° Que le taux d'incapacité permanente de l'assuré soit au moins égal à un taux déterminé par décret ;</p> <p>2° Que l'assuré ait été exposé, pendant un nombre d'années déterminé par décret, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail ;</p> <p>3° Qu'il puisse être établi que l'incapacité permanente dont est atteint l'assuré est directement liée à l'exposition à ces facteurs de risques professionnels.</p> <p>Une commission pluridisciplinaire dont l'avis s'impose à l'organisme débiteur de la pension de retraite est chargée de valider les modes de preuve apportés par l'assuré et d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de cette commission ainsi que les éléments du dossier au vu desquels elle rend son avis sont fixés par décret.</p> <p>Les conditions prévues aux 2° et 3° ne sont pas applicables lorsque l'incapacité permanente est reconnue au titre d'une maladie professionnelle consécutive à un ou des facteurs de risques mentionnés au 1° et au a du 2° de l'article L. 4161-1 du code du travail. Un arrêté fixe la liste des maladies professionnelles concernées. L'avis de la commission pluridisciplinaire mentionnée à l'avant dernier alinéa n'est dans ce cas pas requis.</p>
<p>Article L. 732-18-4</p>	<p>Article L. 732-18-4 (abrogé)</p>
<p>La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du code de la sécurité sociale et pour ceux justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret.</p>	<p>La condition d'âge prévue à l'article L. 732-18 est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du code de la sécurité sociale et pour ceux justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret.</p>
<p>Article L. 732-19</p>	<p>Transféré à l'article L. 732-36</p>
<p>Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 dans les conditions prévues à la présente sous-section.</p> <p>Elles sont également chargées de verser l'allocation de vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur antérieurement au 1^{er} janvier 1986.</p> <p>En outre, elles servent les prestations de l'assurance volontaire vieillesse mentionnée aux articles L. 722-17 et L. 722-18 et au paragraphe 4 de la présente sous-section.</p>	<p>Transféré à l'article L. 732-36</p>
<p>Article L. 732-20</p>	<p>Transféré au paragraphe 2</p>
<p>Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont validées, au regard de l'assurance vieillesse, les années au cours desquelles les personnes non salariées des professions agricoles auront cotisé au titre de l'assurance facultative vieillesse mentionnée à l'article L. 727-1.</p>	<p>Transféré au paragraphe 2</p>
<p>Article L. 732-21</p>	<p></p>

<p>L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite, composée des pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 732-24. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret.</p> <p>Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit à la liquidation des avantages vieillesse.</p> <p>Sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance prévue à la présente sous-section est également prise en considération pour l'ouverture du droit à pension.</p> <p>Les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'allocation mentionnée à l'article L. 5424-25 du code du travail sont prises en considération pour l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>Transféré au paragraphe 2</p>
<p>Article L. 732-22</p>	<p>Article L. 732-22 (abrogé)</p>
<p>Dans le bail à métayage, le preneur et le bailleur sont considérés comme chefs d'exploitation, le premier sous réserve qu'il ne soit pas assujéti au régime des assurances sociales des salariés agricoles, le second sous réserve de l'application de l'article L. 171-6-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p><i>Dans le bail à métayage, le preneur et le bailleur sont considérés comme chefs d'exploitation, le premier sous réserve qu'il ne soit pas assujéti au régime des assurances sociales des salariés agricoles, le second sous réserve de l'application de l'article L. 171-6-1 du code de la sécurité sociale.</i></p>
<p>Paragraphe 2 : Pension de retraite</p>	<p>Paragraphe 2 : Pension de retraite Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées</p>
	<p>Article L. 732-20 (transféré)</p> <p><i>Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont validées, au regard de l'assurance vieillesse, les années au cours desquelles les personnes non salariées des professions agricoles auront cotisé au titre de l'assurance facultative vieillesse mentionnée à l'article L. 727-1.</i></p> <p>Les conditions dans lesquelles peuvent être retenues, pour la détermination de la durée d'assurance, les cotisations versées antérieurement au 1er janvier 2016 sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont validées les périodes, comprises entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2025, au cours desquelles les personnes mentionnées au b du 2° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à la loi n°... de financement de la sécurité sociale pour 2025 ont acquitté les cotisations mentionnées à ce même b.</p>
	<p>Article L. 732-21 (transféré)</p>
	<p><i>L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite, composée des pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 732-24. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret.</i></p> <p><i>Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit à la liquidation des avantages vieillesse.</i></p>

	<p>Sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance prévue à la présente sous-section est également prise en considération pour l'ouverture du droit à pension.</p> <p>Les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'allocation mentionnée à l'article L. 5424-25 du code du travail sont prises en considération pour l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :</p> <p>1° Les périodes d'interruption d'activité résultant de maladie, de maternité ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ;</p> <p>2° Les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'allocation mentionnée à l'article L. 5424-25 du code du travail.</p>
<p align="center">Article L. 732-23 avant modification</p> <p>Les anciens prisonniers de guerre bénéficient d'une pension à un âge variant suivant la durée de captivité, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Les anciens prisonniers de guerre évadés de guerre, au-delà d'un certain temps de captivité, et les anciens prisonniers rapatriés pour maladie peuvent choisir le régime le plus favorable.</p> <p>Aucune partie de mois n'est prise en considération.</p> <p>Les trois premiers alinéas s'appliquent à tous les anciens combattants pour leur durée de service actif passé sous les drapeaux.</p>	<p align="center">Article L. 732-23 après modification</p> <p>Les anciens prisonniers de guerre bénéficient d'une pension à un âge variant suivant la durée de captivité, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Les anciens prisonniers de guerre évadés de guerre, au-delà d'un certain temps de captivité, et les anciens prisonniers rapatriés pour maladie peuvent choisir le régime le plus favorable.</p> <p>Aucune partie de mois n'est prise en considération.</p> <p>Les trois premiers alinéas s'appliquent à tous les anciens combattants pour leur durée de service actif passé sous les drapeaux.</p> <p>Les dispositions des 2°, 3° et 7° à 9° de l'article L. 351-3 et de l'article L. 351-5 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables pour la détermination de la durée d'assurance et celles du 4° de l'article L. 351-8 pour le bénéfice du taux plein dans le régime des non-salariés des professions agricoles.</p>
<p align="center">Article L. 732-24</p> <p>Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité agricole non salariée ont droit à une pension de retraite qui comprend :</p> <p>1° Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité agricole non salariée est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1^{er} janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée</p>	<p>Transféré au paragraphe 5</p>

<p>minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée ;</p> <p>2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.</p>	
<p align="center">Article L. 732-24-1</p> <p>I.-La Nation se fixe pour 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.</p> <p>II.-Les modalités d'application du I sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p align="center">Article L. 732-24-1 (abrogé)</p> <p><i>I. La Nation se fixe pour 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.</i></p> <p><i>II. Les modalités d'application du I sont définies par décret en Conseil d'Etat.</i></p>
<p align="center">Article L. 732-25</p> <p>Pour les assurés qui demandent la liquidation de leurs droits à retraite avant l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale augmenté de trois années et qui ne justifient pas, tant dans le régime institué par le présent chapitre que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes égale à la durée mentionnée à l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale, il est appliqué un coefficient de minoration au montant de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle. Ce coefficient n'est pas applicable au montant de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle liquidées en application des articles L. 732-18-2 et L. 732-18-4 du présent code, ni aux assurés mentionnés aux 3°, 4° bis et 5° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Le coefficient de minoration n'est pas applicable aux assurés dont l'âge mentionné à l'article L. 732-18 du présent code est abaissé dans les conditions prévues à l'article L. 732-18-1.</p>	<p align="center">Article L. 732-25 (abrogé)</p> <p><i>Pour les assurés qui demandent la liquidation de leurs droits à retraite avant l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale augmenté de trois années et qui ne justifient pas, tant dans le régime institué par le présent chapitre que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes égale à la durée mentionnée à l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale, il est appliqué un coefficient de minoration au montant de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle. Ce coefficient n'est pas applicable au montant de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle liquidées en application des articles L. 732-18-2 et L. 732-18-4 du présent code, ni aux assurés mentionnés aux 3°, 4° bis et 5° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, dans des conditions fixées par décret.</i></p> <p><i>Le coefficient de minoration n'est pas applicable aux assurés dont l'âge mentionné à l'article L. 732-18 du présent code est abaissé dans les conditions prévues à l'article L. 732-18-1.</i></p>
<p align="center">Article L. 732-25-1</p> <p>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et à la charge de l'assuré dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, accomplie après l'âge prévu à l'article L. 732-18 et au-delà de la durée minimale prévue à l'article L. 732-25, donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée minimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.</p>	<p align="center">Article L. 732-25-1 (abrogé)</p> <p><i>La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et à la charge de l'assuré dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, accomplie après l'âge prévu à l'article L. 732-18 et au-delà de la durée minimale prévue à l'article L. 732-25, donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.</i></p> <p><i>Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée minimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.</i></p>
<p align="center">Article L. 732-25-2</p> <p>Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des dispositions des</p>	<p align="center">Article L. 732-25-2 (abrogé)</p> <p><i>Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des dispositions des</i></p>

<p>articles L. 351-4 ou L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale étendues au régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles en application de l'article L. 732-38 du présent code, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au delà de la durée minimale mentionnée à l'article L. 732-25 du présent code ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 732-25-1, sous réserve de l'application du second alinéa du même article L. 732-25-1.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le présent article s'applique aux assurés affiliés à plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires d'assurance vieillesse, afin que soient pris en compte, pour le bénéfice de la majoration de pension mentionnée au premier alinéa du présent article, des trimestres de majoration de durée d'assurance ou de bonification accordés à l'assuré au même titre que ceux mentionnés au même premier alinéa par les autres régimes.</p>	<p>articles L. 351-4 ou L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale étendues au régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles en application de l'article L. 732-38 du présent code, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au delà de la durée minimale mentionnée à l'article L. 732-25 du présent code ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 732-25-1, sous réserve de l'application du second alinéa du même article L. 732-25-1.</p> <p><i>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le présent article s'applique aux assurés affiliés à plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires d'assurance vieillesse, afin que soient pris en compte, pour le bénéfice de la majoration de pension mentionnée au premier alinéa du présent article, des trimestres de majoration de durée d'assurance ou de bonification accordés à l'assuré au même titre que ceux mentionnés au même premier alinéa par les autres régimes.</i></p>
<p align="center">Article L. 732-26</p> <p>Le total de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle ne peut dépasser un montant qui est fixé en fonction du nombre d'annuités des intéressés et par référence au montant des pensions de retraite servies par le régime général de la sécurité sociale.</p>	<p align="center">Article L. 732-26 (abrogé)</p> <p>Le total de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle ne peut dépasser un montant qui est fixé en fonction du nombre d'annuités des intéressés et par référence au montant des pensions de retraite servies par le régime général de la sécurité sociale.</p>
<p align="center">Article L. 732-27</p> <p>Les conditions d'application des dispositions des articles L. 732-24 à L. 732-26 sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret fixe les modalités selon lesquelles sont prises en compte pour le calcul de la pension de retraite proportionnelle les cotisations versées par les chefs d'exploitation ou d'entreprise ayant cotisé au titre des assurances sociales agricoles, obligatoires ou facultatives.</p>	<p align="center">Article L. 732-27 (abrogé)</p> <p>Les conditions d'application des dispositions des articles L. 732-24 à L. 732-26 sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Un décret fixe les modalités selon lesquelles sont prises en compte pour le calcul de la pension de retraite proportionnelle les cotisations versées par les chefs d'exploitation ou d'entreprise ayant cotisé au titre des assurances sociales agricoles, obligatoires ou facultatives.</p>
<p align="center">Article L. 732-27-1</p> <p>Sont prises en compte par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance, les périodes d'études mentionnées au 1° du I de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, lorsque le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études.</p> <p>Par dérogation aux conditions prévues au premier alinéa, le montant du versement de cotisations prévu au même alinéa peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment à l'âge de l'assuré à la date de la demande, qui ne peut être inférieur à trente ans, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.</p>	<p align="center">Article L. 732-27-1 (abrogé)</p> <p>Sont prises en compte par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance, les périodes d'études mentionnées au 1° du I de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, lorsque le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études.</p> <p>Par dérogation aux conditions prévues au premier alinéa, le montant du versement de cotisations prévu au même alinéa peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment à l'âge de l'assuré à la date de la demande, qui ne peut être inférieur à trente ans, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.</p>
<p align="center">Article L. 732-28</p> <p>Les personnes ayant exercé, concurremment avec une activité salariée, une activité agricole non salariée ne présentant qu'un caractère accessoire peuvent seulement prétendre à la pension de retraite proportionnelle.</p>	<p align="center">Article L. 732-28 (abrogé)</p> <p>Les personnes ayant exercé, concurremment avec une activité salariée, une activité agricole non salariée ne présentant qu'un</p>

	<i>caractère accessoire peuvent seulement prétendre à la pension de retraite proportionnelle.</i>
Article L. 732-29	Article L. 732-29 (abrogé)
Les articles L. 161-22-1-5 à L. 161-22-1-9 du code de la sécurité sociale sont applicables aux assurés relevant du régime des personnes non salariées des professions agricoles.	Les articles L. 161-22-1-5 à L. 161-22-1-9 du code de la sécurité sociale sont applicables aux assurés relevant du régime des personnes non salariées des professions agricoles.
Article L. 732-30	Article L. 732-30 (abrogé)
I.-La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale est liquidée à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge prévu à l'article L. 732-18-4 du présent code, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge. II.-Le I du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné à l'article L. 732-18-4.	I.-La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale est liquidée à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge prévu à l'article L. 732-18-4 du présent code, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge. II.-Le I du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné à l'article L. 732-18-4.
Article L. 732-34	Article L. 732-34 (abrogé)
Le conjoint du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, sous réserve des dispositions du dernier alinéa du présent article, et les membres de la famille ont droit à la pension de retraite forfaitaire dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 732-24. Les membres de la famille s'entendent des ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint. Dès lors qu'ils ne justifient pas de leur affiliation à un régime légal ou réglementaire de retraite à raison de l'exercice d'une activité professionnelle personnelle, qu'ils ne sont pas atteints d'une incapacité absolue de travail et qu'ils ne sont pas bénéficiaires des dispositions des titres III et IV du livre II, et titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, le conjoint et les membres de la famille vivant sur l'exploitation sont présumés, sauf preuve contraire, participer à la mise en valeur de celle-ci. Les membres de la famille âgés d'au moins seize ans et ayant la qualité d'aide familial défini par le 2° de l'article L. 722-10 ont également droit à la pension de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 2° des articles L. 732-24 et L. 762-29. A compter du 1 ^{er} janvier 2009, le conjoint participant aux travaux, au sens de la deuxième phrase du deuxième alinéa du présent article, opte pour une des qualités prévues à l'article L. 321-5.	Le conjoint du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, sous réserve des dispositions du dernier alinéa du présent article, et les membres de la famille ont droit à la pension de retraite forfaitaire dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 732-24. Les membres de la famille s'entendent des ascendants, descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint. Dès lors qu'ils ne justifient pas de leur affiliation à un régime légal ou réglementaire de retraite à raison de l'exercice d'une activité professionnelle personnelle, qu'ils ne sont pas atteints d'une incapacité absolue de travail et qu'ils ne sont pas bénéficiaires des dispositions des titres III et IV du livre II, et titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, le conjoint et les membres de la famille vivant sur l'exploitation sont présumés, sauf preuve contraire, participer à la mise en valeur de celle-ci. Les membres de la famille âgés d'au moins seize ans et ayant la qualité d'aide familial défini par le 2° de l'article L. 722-10 ont également droit à la pension de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 2° des articles L. 732-24 et L. 762-29. A compter du 1^{er} janvier 2009, le conjoint participant aux travaux, au sens de la deuxième phrase du deuxième alinéa du présent article, opte pour une des qualités prévues à l'article L. 321-5.
Article L. 732-35	
I.-Le collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5 a droit à une pension de retraite qui comprend : 1° Une pension de retraite forfaitaire dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 732-24 et sous réserve des dispositions de l'article L. 732-28 ; 2° Une pension de retraite proportionnelle dans les conditions prévues, selon le cas, au 2° de l'article L. 732-24 ou au 2° de l'article L. 762-29.	Transféré au paragraphe 8

<p>Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I peuvent, pour les périodes antérieures au 1^{er} janvier 1999, qui seront définies par décret, pendant lesquelles elles ont cotisé et acquis des droits en qualité de conjoint au régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles en application de l'article L. 732-34 et du 1^o de l'article L. 731-42, acquérir des droits à la pension de retraite proportionnelle moyennant le versement de cotisations afférentes à ces périodes. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par un décret qui précise notamment le mode de calcul des cotisations et le nombre maximum d'années pouvant faire l'objet du rachat.</p> <p>II.-Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi que les aides familiaux qui ont participé aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise en qualité de conjoint peuvent également acquérir des droits à la retraite proportionnelle au titre de cette période, dans les conditions prévues au dernier alinéa du I du présent article.</p>	
<p align="center">Article L. 732-35-1</p> <p>Les personnes dont la pension de retraite de base prend effet postérieurement au 31 décembre 2003 peuvent demander la prise en compte, par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, de périodes d'activité accomplies en qualité d'aide familial défini au 2^o de l'article L. 722-10.</p> <p>(...)</p>	<p>Transféré au paragraphe 8</p>
<p align="center">Article L. 732-37</p> <p>Les dispositions du 5^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale sont rendues applicables, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, au régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles défini à la présente section.</p>	<p align="center">Article L. 732-37 (abrogé)</p> <p><i>Les dispositions du 5^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale sont rendues applicables, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, au régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles défini à la présente section.</i></p>
<p align="center">Article L. 732-38</p> <p>Des décrets fixent les conditions dans lesquelles les dispositions des articles L. 351-4 et L. 351-12 du code de la sécurité sociale peuvent être étendues au régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles.</p> <p>Les dispositions prévues aux articles L. 351-4-1 et L. 351-4-2 du même code sont rendues applicables à ce régime.</p>	<p align="center">Article L. 732-38 (abrogé)</p> <p><i>Des décrets fixent les conditions dans lesquelles les dispositions des articles L. 351-4 et L. 351-12 du code de la sécurité sociale peuvent être étendues au régime d'assurance vieillesse des non-salariés des professions agricoles.</i></p> <p><i>Les dispositions prévues aux articles L. 351-4-1 et L. 351-4-2 du même code sont rendues applicables à ce régime.</i></p>
<p align="center">Article L. 732-39</p> <p>I. - Le service d'une pension de retraite, prenant effet postérieurement au 1^{er} janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par voie réglementaire, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole.</p> <p>Le service d'une pension de retraite liquidée par un régime d'assurance vieillesse de base est suspendu dès lors que l'assuré reprend une activité non salariée agricole.</p> <p>II. - Les dispositions du I ne sont pas applicables aux assurés ayant obtenu, avant le 1^{er} janvier 1986, le service d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 31 mars 1983 dans un des régimes énumérés au deuxième alinéa de l'article L. 161-22</p>	<p>Transféré à la sous-section 2</p>

du code de la sécurité sociale ou d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 30 juin 1984 dans un régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

III. - Par dérogation au I, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité donnant lieu à assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles dans les conditions mentionnées au 2° du I de l'article L. 722-5 ou en fonction de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° de ce même I :

a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ;

b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

Par dérogation au I du présent article et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 du présent code qui justifient des conditions fixées aux a et b du présent III peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.

IV. - Le I du présent article ne fait obstacle à l'exercice des activités énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7° et 9° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

V. - L'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1 détermine, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement, la superficie dont un agriculteur est autorisé à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur sans que cela fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire.

Le présent article n'est pas applicable à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre de l'article L. 732-29 du présent code, de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles

<p>et militaires de retraite ou de l'article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>VI. - L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ne s'applique pas aux personnes relevant du présent article. La poursuite ou la reprise d'une activité par les personnes mentionnées au III du présent article et, sous réserve du respect des conditions prévues aux deux derniers alinéas du même III, par les personnes mentionnées au IV donne lieu à la constitution de nouveaux droits à pension dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale.</p>	
<p style="text-align: center;">Article L. 732-40</p> <p>Sur demande de l'assuré motivée par l'impossibilité de céder, notamment dans les conditions normales du marché, son exploitation en pleine propriété ou selon les modalités prévues au livre IV et après avis de la commission départementale d'orientation de l'agriculture, instituée par l'article L. 313-1, l'intéressé peut être autorisé par le préfet à poursuivre la mise en valeur de son exploitation sans que l'exercice de cette activité professionnelle fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale : cette autorisation, renouvelable dans les mêmes formes, est donnée pour une durée limitée ne pouvant excéder un maximum fixé par décret.</p> <p>L'article L. 161-22 du même code ne s'applique pas aux assurés mentionnés au premier alinéa du présent article.</p>	<p><i>Transféré à la sous-section 2</i></p>
<p>Paragraphe 3 : Pension de réversion</p>	<p>Paragraphe 3 : Pension de réversion Pension pour inaptitude</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 732-41</p> <p>En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion à partir d'un âge et dans des conditions déterminés par décret si ses ressources personnelles ou celles du ménage n'excèdent pas des plafonds fixés par décret. Lorsque, à la suite de la reprise ou de la poursuite d'une activité dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré était titulaire d'une nouvelle pension de retraite, celle-ci ouvre droit à une pension de réversion dans les mêmes conditions.</p> <p>Cette pension de réversion est d'un montant égal à un pourcentage fixé par décret de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p> <p>Lorsque son montant majoré des ressources mentionnées au premier alinéa excède les plafonds prévus, la pension de réversion est réduite à due concurrence du dépassement.</p> <p>Si le chef d'exploitation ou d'entreprise est décédé avant d'avoir demandé la liquidation de sa pension de retraite, le conjoint survivant continuant l'exploitation peut, pour le calcul de sa pension de retraite, ajouter à ses annuités propres celles qui ont été acquises par le défunt.</p>	<p><i>Transféré à la sous-section 3</i></p>
<p style="text-align: center;">Article L. 732-41-1</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 732-41-1 (abrogé)</p>
<p>L'article L. 732-41 n'est pas applicable dans le cas où le conjoint survivant a été définitivement condamné à la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé prévue aux articles 221-9-2 ou 222-48-3 du code pénal.</p>	<p><i>L'article L. 732-41 n'est pas applicable dans le cas où le conjoint survivant a été définitivement condamné à la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé prévue aux articles 221-9-2 ou 222-48-3 du code pénal.</i></p>

Article L. 732-42	Article L. 732-42 (abrogé)
<p>Le conjoint survivant des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 732-34 a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa de l'article L. 732-41, à une pension de réversion dont le montant est égal à un pourcentage, fixé par décret, de la pension de retraite forfaitaire et, le cas échéant, de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p> <p>Lorsque le conjoint survivant est titulaire d'avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité, il est fait application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article L. 732-41.</p>	<p>Le conjoint survivant des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 732-34 a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa de l'article L. 732-41, à une pension de réversion dont le montant est égal à un pourcentage, fixé par décret, de la pension de retraite forfaitaire et, le cas échéant, de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p> <p>Lorsque le conjoint survivant est titulaire d'avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité, il est fait application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article L. 732-41.</p>
Article L. 732-43	Article L. 732-43 (abrogé)
<p>Le conjoint survivant des personnes mentionnées à l'article L. 732-28 a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa de l'article L. 732-41, à une pension de réversion dont le montant est égal à un pourcentage, fixé par décret, de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré. Lorsque le conjoint survivant est titulaire d'avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité, il est fait application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article L. 732-41.</p>	<p>Le conjoint survivant des personnes mentionnées à l'article L. 732-28 a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa de l'article L. 732-41, à une pension de réversion dont le montant est égal à un pourcentage, fixé par décret, de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré. Lorsque le conjoint survivant est titulaire d'avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité, il est fait application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article L. 732-41.</p>
Article L. 732-44	Article L. 732-44 (abrogé)
<p>Le conjoint survivant du collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa de l'article L. 732-41, à une pension de réversion d'un montant égal à un pourcentage, fixé par décret, de la retraite forfaitaire et de la retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré. Lorsque le conjoint survivant est titulaire d'avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité, il est fait application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article L. 732-41.</p>	<p>Le conjoint survivant du collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa de l'article L. 732-41, à une pension de réversion d'un montant égal à un pourcentage, fixé par décret, de la retraite forfaitaire et de la retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré. Lorsque le conjoint survivant est titulaire d'avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité, il est fait application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article L. 732-41.</p>
Article L. 732-45	Article L. 732-45 (abrogé)
<p>Les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas de l'article L. 732-41 et des articles L. 732-42 et L. 732-43 sont applicables aux pensions de réversion prenant effet à compter du 1^{er} janvier 1995.</p>	<p>Les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas de l'article L. 732-41 et des articles L. 732-42 et L. 732-43 sont applicables aux pensions de réversion prenant effet à compter du 1^{er} janvier 1995.</p>
Article L. 732-46	Article L. 732-46 (abrogé)
<p>Les pensions de réversion ayant pris effet antérieurement au 1^{er} janvier 1995 sont régies par les dispositions du présent article.</p> <p>I.-En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion, s'il remplit des conditions de ressources personnelles, de durée de mariage et d'âge définies par décret et sous réserve qu'il ne soit pas lui-même bénéficiaire d'un avantage au titre d'un régime de sécurité sociale. Toutefois, dans le cas où l'avantage personnel non cumulable est d'un montant inférieur à la pension de réversion susceptible d'être accordée, celle-ci est servie sous forme de complément différentiel.</p> <p>Cette pension de réversion se compose de la retraite forfaitaire et d'un pourcentage, fixé par décret, de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p>	<p>Les pensions de réversion ayant pris effet antérieurement au 1^{er} janvier 1995 sont régies par les dispositions du présent article.</p> <p>I.-En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion, s'il remplit des conditions de ressources personnelles, de durée de mariage et d'âge définies par décret et sous réserve qu'il ne soit pas lui-même bénéficiaire d'un avantage au titre d'un régime de sécurité sociale. Toutefois, dans le cas où l'avantage personnel non cumulable est d'un montant inférieur à la pension de réversion susceptible d'être accordée, celle-ci est servie sous forme de complément différentiel.</p> <p>Cette pension de réversion se compose de la retraite forfaitaire et d'un pourcentage, fixé par décret, de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p>

<p>II.-Le conjoint survivant des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 732-34 a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa du I, à une pension de réversion qui se compose de la pension de retraite forfaitaire et, le cas échéant, d'un pourcentage fixé par décret de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p> <p>III.-Le conjoint survivant des personnes mentionnées à l'article L. 732-28 a droit, s'il n'est pas lui-même bénéficiaire d'un avantage au titre d'un régime de sécurité sociale, et s'il satisfait à des conditions d'âge, de ressources personnelles et de durée du mariage fixées par décret, à une pension de réversion dont le montant est égal à un pourcentage fixé par voie réglementaire de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré. Toutefois, dans le cas où l'avantage personnel non cumulable est d'un montant inférieur à la pension de réversion susceptible d'être accordée, celle-ci est servie sous forme de complément différentiel.</p> <p>IV.-Une majoration est applicable dans les conditions fixées par décret aux pensions servies au titre de l'assurance vieillesse aux conjoints survivants, bénéficiaires ou susceptibles de bénéficier d'un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité.</p> <p>V.-Par dérogation aux dispositions des I, II et III, les conjoints survivants âgés de moins de soixante ans au 1^{er} janvier 1995 peuvent, dans les conditions fixées par décret, demander à bénéficier des dispositions de l'article L. 732-41, à compter du premier jour du mois qui suit la date à laquelle ils bénéficient ou sont susceptibles de bénéficier d'un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité.</p>	<p>II.-Le conjoint survivant des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 732-34 a droit, dans les conditions énoncées au premier alinéa du I, à une pension de réversion qui se compose de la pension de retraite forfaitaire et, le cas échéant, d'un pourcentage fixé par décret de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p> <p>III.-Le conjoint survivant des personnes mentionnées à l'article L. 732-28 a droit, s'il n'est pas lui-même bénéficiaire d'un avantage au titre d'un régime de sécurité sociale, et s'il satisfait à des conditions d'âge, de ressources personnelles et de durée du mariage fixées par décret, à une pension de réversion dont le montant est égal à un pourcentage fixé par voie réglementaire de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré. Toutefois, dans le cas où l'avantage personnel non cumulable est d'un montant inférieur à la pension de réversion susceptible d'être accordée, celle-ci est servie sous forme de complément différentiel.</p> <p>IV.-Une majoration est applicable dans les conditions fixées par décret aux pensions servies au titre de l'assurance vieillesse aux conjoints survivants, bénéficiaires ou susceptibles de bénéficier d'un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité.</p> <p>V.-Par dérogation aux dispositions des I, II et III, les conjoints survivants âgés de moins de soixante ans au 1^{er} janvier 1995 peuvent, dans les conditions fixées par décret, demander à bénéficier des dispositions de l'article L. 732-41, à compter du premier jour du mois qui suit la date à laquelle ils bénéficient ou sont susceptibles de bénéficier d'un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité.</p>
<p>Article L. 732-47</p>	<p>Article L. 732-47 (abrogé)</p>
<p>Dans le cas de divorce, lors du décès d'une personne mentionnée aux articles L. 732-24, L. 732-28 et L. 732-34, la pension de réversion prévue aux articles L. 732-41 à L. 732-46 est attribuée ou répartie dans les mêmes conditions que celles qui sont fixées à l'article L. 353-3 du code de la sécurité sociale, selon des modalités fixées par décret.</p>	<p>Dans le cas de divorce, lors du décès d'une personne mentionnée aux articles L. 732-24, L. 732-28 et L. 732-34, la pension de réversion prévue aux articles L. 732-41 à L. 732-46 est attribuée ou répartie dans les mêmes conditions que celles qui sont fixées à l'article L. 353-3 du code de la sécurité sociale, selon des modalités fixées par décret.</p>
<p>Article L. 732-48</p>	<p>Article L. 732-48 (abrogé)</p>
<p>Le montant des pensions de réversion visées aux articles L. 732-41 à L. 732-44 ne peut être inférieur à un montant minimum, fixé par décret pour chacune des pensions susmentionnées, en tenant compte de la durée d'assurance lorsque celle-ci est inférieure à la durée d'assurance déterminée par ce décret.</p>	<p>Le montant des pensions de réversion visées aux articles L. 732-41 à L. 732-44 ne peut être inférieur à un montant minimum, fixé par décret pour chacune des pensions susmentionnées, en tenant compte de la durée d'assurance lorsque celle-ci est inférieure à la durée d'assurance déterminée par ce décret.</p>
<p>Article L. 732-49</p>	<p>Article L. 732-49 (abrogé)</p>
<p>Lorsqu'un assuré a disparu de son domicile depuis plus d'un an, son conjoint a droit à la pension de réversion dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 353-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Lorsqu'un assuré a disparu de son domicile depuis plus d'un an, son conjoint a droit à la pension de réversion dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 353-2 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 732-50</p>	<p>Article L. 732-50 (abrogé)</p>
<p>Le conjoint survivant qui n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base obligatoire et qui satisfait à une condition d'âge fixée par décret a droit à une majoration forfaitaire de sa pension de réversion pour chaque enfant dont il a la charge au sens du b du 4^o de l'article L. 722-10 et qui n'a pas atteint un âge déterminé.</p> <p>Cette majoration n'est pas due lorsque le conjoint survivant bénéficie ou est susceptible de bénéficier de prestations pour charge d'enfant, du fait du décès de l'assuré, dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base dont celui-ci relevait.</p>	<p>Le conjoint survivant qui n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base obligatoire et qui satisfait à une condition d'âge fixée par décret a droit à une majoration forfaitaire de sa pension de réversion pour chaque enfant dont il a la charge au sens du b du 4^o de l'article L. 722-10 et qui n'a pas atteint un âge déterminé.</p> <p>Cette majoration n'est pas due lorsque le conjoint survivant bénéficie ou est susceptible de bénéficier de prestations pour charge d'enfant, du fait du décès de l'assuré, dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base dont celui-ci relevait.</p>

<p>Elle est revalorisée suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le bénéfice de cette majoration est supprimé lorsque l'une des conditions mentionnées au premier alinéa cesse d'être remplie, à l'exception de la condition d'âge exigée du titulaire. Les dispositions du présent article s'appliquent également aux conjoints mentionnés aux articles L. 732-47 et L. 732-49.</p>	<p><i>Elle est revalorisée suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.</i></p> <p><i>Le bénéfice de cette majoration est supprimé lorsque l'une des conditions mentionnées au premier alinéa cesse d'être remplie, à l'exception de la condition d'âge exigée du titulaire.</i></p> <p><i>Les dispositions du présent article s'appliquent également aux conjoints mentionnés aux articles L. 732-47 et L. 732-49.</i></p>
<p>Article L. 732-51</p>	<p>Article L. 732-51 (abrogé)</p>
<p>Toute pension de réversion dont le bénéficiaire a été sollicité au titre de l'assurance vieillesse régie par la présente sous-section peut faire l'objet d'une avance financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale, remboursée par les fonds des prestations légales, dans la limite des droits établis au titre de cette assurance.</p>	<p><i>Toute pension de réversion dont le bénéficiaire a été sollicité au titre de l'assurance vieillesse régie par la présente sous-section peut faire l'objet d'une avance financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale, remboursée par les fonds des prestations légales, dans la limite des droits établis au titre de cette assurance.</i></p>
<p>Article L. 732-51-1</p>	<p>Article L. 732-51-1 (abrogé)</p>
<p>La pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge mentionné au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes d'assurance vieillesse légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, n'excède pas un plafond fixé par décret. La majoration est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.</p> <p>Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les avantages personnels de retraite et de réversion auxquels il peut prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales.</p>	<p><i>La pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge mentionné au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes d'assurance vieillesse légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, n'excède pas un plafond fixé par décret. La majoration est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.</i></p> <p><i>Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les avantages personnels de retraite et de réversion auxquels il peut prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales.</i></p>
<p>Paragraphe 4 : Assurance volontaire vieillesse</p>	<p>Paragraphe 4 : Assurance volontaire vieillesse Dispositions propres à certaines catégories d'assurés</p>
<p>Article L. 732-52</p>	<p>Article L. 732-52</p>
<p>(...)</p>	<p>Transféré à la sous-section 5</p>
<p>Article L. 732-53</p>	<p>Article L. 732-53 (abrogé)</p>
<p>Le décret prévu à l'article L. 722-18 fixe les conditions dans lesquelles sont prises en compte, pour l'attribution des pensions de retraite, les périodes d'exercice par les personnes mentionnées à l'article L. 732-52 d'une activité agricole non salariée antérieure au 1^{er} juillet 1952.</p>	<p><i>Le décret prévu à l'article L. 722-18 fixe les conditions dans lesquelles sont prises en compte, pour l'attribution des pensions de retraite, les périodes d'exercice par les personnes mentionnées à l'article L. 732-52 d'une activité agricole non salariée antérieure au 1^{er} juillet 1952.</i></p>
<p>Article L. 732-54</p>	<p>Article L. 732-54</p>
<p>(...)</p>	<p>Transféré à la sous-section 5</p>
<p>Paragraphe 5 : Majoration des retraites</p>	<p>Paragraphe 5 : Majoration des retraites Taux et montant de la pension</p>
<p></p>	<p>Article L. 732-24 (transféré)</p>
<p></p>	<p><i>Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont exercé à titre exclusif ou à titre principal une activité agricole non salariée ont droit à une pension de retraite qui comprend :</i></p> <p><i>1^o Une pension de retraite forfaitaire dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'activité agricole non salariée est égal à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1^{er} janvier 2014 et est revalorisé dans les conditions prévues à</i></p>

~~L'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque la durée d'activité a été inférieure à cette durée minimale, le montant de la retraite est calculé proportionnellement à cette durée;~~

~~2° Une pension de retraite proportionnelle dont le montant est calculé en fonction des cotisations versées en application du 2° de l'article L. 731-42 ainsi que de la durée d'assurance et qui est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.~~

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

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

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

2° La réunion :

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

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

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

II. – Pour les assurés qui ne justifient pas, ni dans le régime institué par le présent chapitre ni dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la durée mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, un coefficient de minoration est appliqué aux montants prévus au 2° du I du présent article. Ce coefficient

	<p>n'est pas applicable aux assurés mentionnés, sous réserve de l'exclusion prévue à l'article L. 732-23 du présent code, à l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ou qui ont liquidé leur pension en application de l'article L. 351-1-4 du même code.</p> <p>III. – Le montant prévu au I ne peut excéder la moitié du plafond prévu à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>IV. – Les modalités d'application des dispositions du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 732-54-1	
(...)	<i>Transféré à la sous-section 7</i>
Article L. 732-54-2	
<p>La majoration de pension mentionnée à l'article L. 732-54-1 a pour objet de porter le total des droits propres et dérivés servis à l'assuré par le régime d'assurance vieillesse de base des personnes non salariées des professions agricoles à un montant minimum.</p> <p>Le montant minimum est calculé en tenant compte des périodes d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans des limites fixées par décret. Le montant minimum est revalorisé, au 1^{er} janvier de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1^{er} janvier précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail. La majoration de pension servie à l'assuré est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<i>Transféré à la sous-section 7</i>
Article L. 732-54-3	
<p>Lorsque le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-2 augmentée du montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales excède un plafond dont le montant est fixé par décret et est au moins égal à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévu, pour une personne seule, à l'article L. 815-4 du code de la sécurité sociale, la majoration de pension est réduite à due concurrence du dépassement.</p> <p>Pour le service de la majoration de pension, le montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales est contrôlé en fonction des pensions déclarées à l'administration fiscale, qui fournit les données nécessaires à cet effet à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.</p> <p>Le plafond prévu au premier alinéa est revalorisé dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Le cas échéant, le montant de la majoration est recalculé en fonction du montant des pensions versées au bénéficiaire, de l'évolution du montant minimum prévu à l'article L. 732-54-2 du présent code et de l'évolution du plafond prévu au premier alinéa du présent article.</p>	<i>Transféré à la sous-section 7</i>

<p>Article L. 732-54-4</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent paragraphe et précise notamment le mode de calcul de la majoration et les conditions suivant lesquelles les durées d'assurance mentionnées aux précédents articles sont déterminées ainsi que les modalités retenues pour l'appréciation du plafond.</p>	<p>Transféré à la sous-section 7</p>
	<p>Paragraphe 6 : Majorations pour enfants - Majorations pour conjoint à charge - Autres majorations (nouveau)</p> <p>Paragraphe 7 : Liquidation et entrée en jouissance (nouveau)</p> <p>Paragraphe 8 : Rachat (nouveau)</p>
	<p>Article L. 732-35 (transféré)</p>
	<p>I. Le collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5 a droit à une pension de retraite qui comprend :</p> <p>1° Une pension de retraite forfaitaire dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 732-24 et sous réserve des dispositions de l'article L. 732-28 ;</p> <p>2° Une pension de retraite proportionnelle dans les conditions prévues, selon le cas, au 2° de l'article L. 732-24 ou au 2° de l'article L. 762-29.</p> <p>Les personnes mentionnées au premier alinéa du présent I ayant opté pour le statut de collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5 peuvent, pour les périodes antérieures au 1^{er} janvier 1999, qui seront définies par décret, pendant lesquelles elles ont cotisé et acquis des droits en qualité de conjoint au régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles en application de l'article L. 732-34 et du 1° de l'article L. 731-42 dans leur rédaction antérieure à loi n°... de financement de la sécurité sociale pour 2025, acquérir des droits à la pension de retraite proportionnelle mentionnée au b du 2° du I de l'article L. 732-24 moyennant le versement de cotisations afférentes à ces périodes. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par un décret qui précise notamment le mode de calcul des cotisations et le nombre maximum d'années pouvant faire l'objet du rachat.</p> <p>II. Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi que les aides familiaux qui ont participé aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise en qualité de conjoint en ayant opté pour le statut de collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5 peuvent également acquérir des droits à la retraite proportionnelle au titre de cette période, dans les conditions prévues au dernier alinéa du I du présent article mêmes conditions.</p>
	<p>Article L. 732-35-1 (transféré)</p>
	<p>Les personnes dont la pension de retraite de base prend effet postérieurement au 31 décembre 2003 assurés peuvent demander la prise en compte, par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, de périodes d'activité accomplies en qualité d'aide familial défini au 2° de l'article L. 722-10.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>

	Paragraphe 9 : Dispositions diverses (nouveau)
Sous-section 1 bis : Assurance veuvage	<i>Sous-section 1 bis : Assurance veuvage</i>
Article L. 732-54-5	Article L. 732-54-5 (abrogé)
Les dispositions relatives à l'assurance veuvage prévues aux articles L. 356-1 à L. 356-4 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Les prestations de cette assurance sont servies par les caisses de mutualité sociale agricole.	Les dispositions relatives à l'assurance veuvage prévues aux articles L. 356-1 à L. 356-4 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Les prestations de cette assurance sont servies par les caisses de mutualité sociale agricole.
Sous-section 1 ter : Pension d'orphelin	<i>Sous-section 1 ter : Pension d'orphelin</i>
Article L. 732-54-6	Article L. 732-54-6 (abrogé)
Le chapitre VIII du titre V du livre III du code de la sécurité sociale est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles. Pour l'application des articles L. 358-1 et L. 358-2 du même code, les mots : " régime général " sont remplacés par les mots : " régime des non-salariés des professions agricoles ".	Le chapitre VIII du titre V du livre III du code de la sécurité sociale est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles. Pour l'application des articles L. 358-1 et L. 358-2 du même code, les mots : " régime général " sont remplacés par les mots : " régime des non-salariés des professions agricoles ".
Sous-section 2 : Paiement des pensions	Sous-section 2 : Paiement des pensions Service des pensions de retraite
	Article L. 732-36 (rétabli)
<i>Transfert de l'article L. 732-19</i>	Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées de servir la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 dans les conditions prévues à la présente sous-section les avantages vieillesse du régime institué par le présent chapitre. Elles sont également chargées de verser l'allocation de vieillesse due en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur antérieurement au 1 ^{er} janvier 1986. En outre, elles servent les prestations de l'assurance volontaire vieillesse mentionnée aux articles L. 722-17 et L. 722-18 et au paragraphe 4 de la présente sous-section à la sous-section 5 de la présente section.
	Article L. 732-39 (transféré)
	I. — Le service d'une pension de retraite, prenant effet postérieurement au 1^{er} janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par voie réglementaire de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole. Le service d'une pension de retraite liquidée par un régime d'assurance vieillesse de base est suspendu dès lors que l'assuré reprend une activité non salariée agricole. II. — Les dispositions du I ne sont pas applicables aux assurés ayant obtenu, avant le 1^{er} janvier 1986, le service d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 31 mars 1983 dans un des régimes énumérés au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ou d'une pension de vieillesse liquidée postérieurement au 30 juin 1984 dans un régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales. III. — Par dérogation au I, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes

~~des organisations internationales dont il a relevé justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité donnant lieu à assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles dans les conditions mentionnées au 2° du I de l'article L. 722-5 du présent code ou en fonction de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° de ce même I.;~~

~~a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale;~~

~~b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.~~

~~Par dérogation au I du présent article et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 du présent code qui justifient des conditions fixées aux a et b du présent III peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.~~

~~La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.~~

~~IV. — Le I du présent article ne fait obstacle à l'exercice des activités énumérées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7° et à 9° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.~~

~~V. — L'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1 détermine, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement, la superficie dont un agriculteur est autorisé à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur sans que cela fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire.~~

~~Le présent article n'est pas applicable à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre de l'article L. 732-29 du présent code, de l'article L. 89-bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de l'article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale.~~

~~VI. — L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ne s'applique pas aux personnes relevant du présent article. La~~

	<p>poursuite ou la reprise d'une activité par les personnes mentionnées au III du présent article et, sous réserve du respect des conditions prévues aux deux derniers alinéas du même III, par les personnes mentionnées au IV donne lieu à la constitution de nouveaux droits à pension dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale.</p>
	<p>Article L. 732-40 (transféré)</p> <p>Sur demande de l'assuré motivée par l'impossibilité de céder, notamment dans les conditions normales du marché, son exploitation en pleine propriété ou selon les modalités prévues au livre IV et après avis de la commission départementale d'orientation de l'agriculture, instituée par l'article L. 313-1, l'intéressé peut être autorisé par le préfet à poursuivre la mise en valeur de son exploitation sans que l'exercice de cette activité professionnelle fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale : cette autorisation, renouvelable dans les mêmes formes, est donnée pour une durée limitée ne pouvant excéder un maximum fixé par décret.</p> <p>L'article L. 161-22 du même code ne s'applique pas aux assurés mentionnés au premier alinéa du présent article.</p> <p>La poursuite de la mise en valeur de l'exploitation dans les conditions prévues au premier alinéa ne fait pas obstacle à la constitution de nouveaux droits à pension dans le régime institué par le présent chapitre en application de l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale sous réserve que l'assuré justifie des conditions mentionnées aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du même code.</p>
	<p>Article L. 732-55</p> <p>Article L. 732-55 (abrogé)</p>
Les pensions de retraite mentionnées à la sous-section 1 de la présente section ainsi que leurs majorations et accessoires sont payables mensuellement et à terme échu dans des conditions fixées par décret et à compter du 1 ^{er} janvier 2004.	Les pensions de retraite mentionnées à la sous-section 1 de la présente section ainsi que leurs majorations et accessoires sont payables mensuellement et à terme échu dans des conditions fixées par décret et à compter du 1^{er} janvier 2004.
Sous-section 3 : Assurance vieillesse complémentaire obligatoire	Sous-section 3 : Assurance vieillesse complémentaire obligatoire Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion
	<p>Article L. 732-41 (transféré)</p> <p>En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion à partir d'un âge et dans des conditions déterminés par décret si ses ressources personnelles ou celles du ménage n'excèdent pas des plafonds fixés par décret. Lorsque, à la suite de la reprise ou de la poursuite d'une activité dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré était titulaire d'une nouvelle pension de retraite, celle-ci ouvre droit à une pension de réversion dans les mêmes conditions.</p> <p>Cette pension de réversion est d'un montant égal à un pourcentage fixé par décret de la pension de retraite forfaitaire et de la pension de retraite proportionnelle dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.</p> <p>Lorsque son montant majoré des ressources mentionnées au premier alinéa excède les plafonds prévus, la pension de réversion est réduite à due concurrence du dépassement.</p>

	Si le chef d'exploitation ou d'entreprise est décédé avant d'avoir demandé la liquidation de sa pension de retraite, le conjoint survivant continuant l'exploitation qui continue l'exploitation sans avoir demandé la liquidation de sa pension de réversion peut, pour le calcul de sa pension de retraite, ajouter à ses annuités propres celles qui ont été acquises droits propres ceux qui ont été acquis par le défunt.
Article L. 732-56	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-57	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-58	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-58-1	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-59	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-60	
Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole affiliés au présent régime bénéficient, à compter de la date d'effet de leur retraite mentionnée à l'article L. 732-24 et au plus tôt au 1 ^{er} avril 2003, d'une retraite exprimée en points de retraite complémentaire. Les aides familiaux et les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole affiliés au présent régime bénéficient, à compter de la date d'effet de leur retraite mentionnée aux articles L. 732-34 et L. 732-35, et au plus tôt au 1 ^{er} janvier 2011, d'une retraite exprimée en points de retraite complémentaire. Les pensions dues au titre de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire par répartition sont payées mensuellement.	Transféré à la sous-section 9
(...)	
Article L. 732-60-1	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-61	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-62	
(...)	Transféré à la sous-section 9
Article L. 732-63	
I. — Peuvent bénéficier d'un complément différentiel de points de retraite complémentaire obligatoire les personnes dont la pension de retraite de base servie à titre personnel prend effet :	Transféré à la sous-section 9
1 ^o Avant le 1 ^{er} janvier 1997 et qui justifient de périodes minimales d'activité non salariée agricole et d'assurance en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole accomplies à titre exclusif ou principal ;	
2 ^o A compter du 1 ^{er} janvier 1997, qui liquident leur pension à taux plein dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et qui justifient de périodes minimales d'assurance accomplies en qualité de chef	

<p>d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre exclusif ou principal.</p> <p>Les personnes mentionnées au présent I ne peuvent bénéficier d'un complément différentiel de points de retraite complémentaire obligatoire que si elles ont fait valoir l'intégralité des droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels elles peuvent prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales.</p> <p>II. — Ce complément différentiel a pour objet de porter les droits propres servis à l'assuré par le régime d'assurance vieillesse de base et par le régime de retraite complémentaire obligatoire des personnes non salariées des professions agricoles à un montant minimal lors de la liquidation de ces droits.</p> <p>III. — Ce montant minimal est déterminé en fonction de la durée d'assurance au titre d'une activité non salariée agricole et des périodes d'assurance en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, accomplies, à titre exclusif ou principal, par l'assuré dans le régime d'assurance vieillesse de base des personnes non salariées des professions agricoles.</p> <p>(...)</p>	
	<p>Sous-section 4 : Modalités de la demande de la pension de réversion (nouveau) Sous-section 5 : Assurance volontaire (nouveau) Sous-section 6 : Assurance veuvage (nouveau) Sous-section 7 : Majoration de pension (nouveau)</p>
<p>Article L. 732-54-2 (transféré)</p>	
	<p>La majoration de pension mentionnée à l'article L. 732-54-1 a pour objet de porter le total des droits propres et dérivés servis à l'assuré par le régime d'assurance vieillesse de base des personnes non salariées des professions agricoles à un montant minimum.</p> <p>Le montant minimum est calculé en tenant compte des périodes d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal et des périodes d'assurance accomplies à titre secondaire à compter du 1er janvier 2026, dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans des limites fixées par décret. Le montant minimum est revalorisé, au 1er janvier de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1er janvier précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail. La majoration de pension servie à l'assuré est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 732-54-3 (transféré)</p>	
	<p>Lorsque le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-2 augmentée du montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales excède un plafond dont le montant est fixé par décret et est au moins égal à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévu, pour une personne seule, à l'article L. 815-4 du code de la sécurité sociale, la majoration de pension est réduite à due concurrence du dépassement.</p>

	<p>Le plafond prévu à l’alinéa précédent est :</p> <p>1° Pour les pensions prenant effet avant le 1er janvier 2026, fixé par décret et revalorisé dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>2° Pour les pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2026, égal au montant prévu au premier alinéa de l’article L. 173-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Pour le service de la majoration de pension, le montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales est contrôlé en fonction des pensions déclarées à l'administration fiscale, qui fournit les données nécessaires à cet effet à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.</p> <p>Le plafond prévu au premier alinéa est revalorisé dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Le cas échéant, le montant de la majoration est recalculé en fonction du montant des pensions versées au bénéficiaire, de l'évolution du montant minimum prévu à l'article L. 732-54-2 du présent code et de l'évolution du plafond prévu au premier alinéa du présent article.</p>
	Article L. 732-54-4 (transféré)
	<p>Un décret fixe les modalités d'application du présent paragraphe de la présente sous-section et précise notamment le mode de calcul de la majoration et les conditions suivant lesquelles les durées d'assurance mentionnées aux précédents articles sont déterminées ainsi que les modalités retenues pour l'appréciation du plafond.</p>
	<p>Sous-section 8 : Pension d’orphelin (nouveau)</p> <p>Sous-section 9 : Assurance vieillesse complémentaire (nouveau)</p>
	Article L. 732-60 (transféré)
	<p>Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole affiliés au présent régime bénéficient, à compter de la date d'effet de leur retraite mentionnée à l'article L. 732-24 pension de retraite de base au régime institué par le présent chapitre et au plus tôt au 1^{er} avril 2003, d'une retraite exprimée en points de retraite complémentaire. Les aides familiaux et les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole affiliés au présent régime bénéficient, à compter de la date d'effet de leur retraite mentionnée aux articles L. 732-34 et L. 732-35 pension de retraite de base au régime institué par le présent chapitre, et au plus tôt au 1^{er} janvier 2011, d'une retraite exprimée en points de retraite complémentaire. Les pensions dues au titre de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire par répartition sont payées mensuellement.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
	Article L. 732-63 (transféré)
	<p>I. — Peuvent bénéficier d'un complément différentiel de points de retraite complémentaire obligatoire les personnes</p>

	<p>dont la pension de retraite de base servie à titre personnel prend effet :</p> <p>1° Avant le 1^{er} janvier 1997 et qui justifient de périodes minimales d'activité non salariée agricole et d'assurance en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole accomplies à titre exclusif ou principal ;</p> <p>2° A compter du 1^{er} janvier 1997, qui liquident leur pension à taux pleins dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et qui justifient de périodes minimales d'assurance accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre exclusif ou principal. Sont prises en compte au titre de ces périodes :</p> <p>a) Les périodes accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre exclusif ou principal ;</p> <p>b) Les périodes accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre secondaire et à compter du 1^{er} janvier 2026.</p> <p>Les personnes mentionnées au présent I ne peuvent bénéficier d'un complément différentiel de points de retraite complémentaire obligatoire que si elles ont fait valoir l'intégralité des droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels elles peuvent prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales.</p> <p>II. — Ce complément différentiel a pour objet de porter les droits propres servis à l'assuré par le régime d'assurance vieillesse de base et par le régime de retraite complémentaire obligatoire des personnes non salariées des professions agricoles à un montant minimal lors de la liquidation de ces droits.</p> <p>III. — Ce montant minimal est déterminé en fonction de la durée d'assurance au titre d'une activité non salariée agricole et des périodes d'assurance en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, accomplies, à titre exclusif ou principal <u>et des périodes d'assurance accomplies à titre secondaire à compter du 1^{er} janvier 2026,</u> par l'assuré dans le régime d'assurance vieillesse de base des personnes non salariées des professions agricoles.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p>Titre VI : Dispositions spéciales Chapitre Ier : Départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle Section 3 : Retraite anticipée et prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels Article L. 761-22</p>	
<p>Les articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code sont applicables dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.</p> <p>Pour l'appréciation de l'incapacité physique permanente, il est fait application des articles L. 761-16 et L. 761-21.</p>	<p>Les articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code sont applicables L'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale est applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.</p> <p>Pour l'appréciation de l'incapacité physique permanente, il est fait application des articles L. 761-16 et L. 761-21 <u>du présent code.</u></p>

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.
Article L. 761-23	Article L. 761-23
Une contribution couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu aux articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail est mise à la charge du régime local d'assurance accidents agricole régi par le code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.	Une contribution couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu aux articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail est mise à la charge du régime local d'assurance accidents agricole régi par le code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.
Code de la sécurité sociale	
Article L. 161-17-1	Article L. 161-17-1
Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite, au maintien des droits et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières, notamment pour la mise en œuvre de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, des articles L. 173-2, L. 353-1, L. 353-6, L. 355-3, L. 815-1, L. 815-7 et L. 815-24 du présent code et L. 732-51-1 et L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret peut, aux mêmes fins, prévoir la création d'un répertoire national.	Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite, au maintien des droits et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières, notamment pour la mise en œuvre de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, des articles L. 173-2, L. 353-1, L. 353-6, L. 355-3, L. 815-1, L. 815-7 et L. 815-24 du présent code et L. 732-51-1 et L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret peut, aux mêmes fins, prévoir la création d'un répertoire national.
Article L. 161-17-2	Article L. 161-17-2
L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code, à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime, au 1° du I de l'article L. 24 et au 1° de l'article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé à soixante-quatre ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1968. (...)	L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code, à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime , au 1° du I de l'article L. 24 et au 1° de l'article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé à soixante-quatre ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1968. <i>Le reste sans changement</i>
Article L. 161-18	Article L. 161-18
Pour la liquidation des droits à l'assurance vieillesse, l'appréciation de l'inaptitude au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du présent code par le régime général et le régime des salariés agricoles est valable à l'égard de l'un ou l'autre des régimes en cause. Cette disposition est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles en ce qui concerne les assurés mentionnés à l'article L. 732-18-4 du code rural et de la pêche maritime.	Pour la liquidation des droits à l'assurance vieillesse, l'appréciation de l'inaptitude au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du présent code par le régime général, le régime des non-salariés des professions agricoles et le régime des salariés agricoles est valable à l'égard de l'un ou l'autre des régimes en cause. Cette disposition est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles en ce qui concerne les assurés mentionnés à l'article L. 732-18-4 du code rural et de la pêche maritime.
Article L. 161-19-1	Article L. 161-19-1
Sont prises en compte, pour la détermination de la durée d'assurance visée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, du I des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, au premier alinéa du I de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite et à l'article L. 732-25 du code rural et de la pêche maritime, les périodes durant lesquelles l'assuré a été affilié à un régime obligatoire de pension d'une institution européenne ou d'une organisation internationale à laquelle la France est partie, dès lors qu'il est affilié à ce seul régime de retraite obligatoire.	Sont prises en compte, pour la détermination de la durée d'assurance visée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, du I des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, au premier alinéa du I de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite et à l'article L. 732-25 au II de l'article L. 732-1 du code rural et de la pêche maritime, les périodes durant lesquelles l'assuré a été affilié à un régime obligatoire de pension d'une institution européenne ou d'une organisation internationale à laquelle la France est partie, dès lors qu'il est affilié à ce seul régime de retraite obligatoire.

Article L. 161-20	Article L. 161-20
<p>Des décrets fixent, nonobstant toute disposition législative contraire, les conditions dans lesquelles les périodes de détention provisoire sont prises en considération pour l'ouverture du droit à pension au titre des régimes législatifs ou réglementaires d'assurance vieillesse auxquels les articles L. 351-3 du présent code et L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables. La situation des personnes en détention provisoire ne peut, en aucun cas, être plus favorable que celle qui est faite par ces différents régimes aux personnes en état de chômage involontaire.</p>	<p>Des décrets fixent, nonobstant toute disposition législative contraire, les conditions dans lesquelles les périodes de détention provisoire sont prises en considération pour l'ouverture du droit à pension au titre des régimes législatifs ou réglementaires d'assurance vieillesse auxquels les articles L. 351-3 du présent code et L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables l'article L. 351-3 n'est pas applicable. La situation des personnes en détention provisoire ne peut, en aucun cas, être plus favorable que celle qui est faite par ces différents régimes aux personnes en état de chômage involontaire.</p>
Article L. 161-21-1	Article L. 161-21-1
<p>L'assuré qui justifie des durées d'assurance mentionnées au premier alinéa de l'article L. 351-1-3, au premier alinéa du III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, ainsi qu'au 5° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraites sans pouvoir attester, sur une fraction de ces durées, de la reconnaissance administrative de l'incapacité requise au premier alinéa de l'article L. 351-1-3 du présent code et qui est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 50 % au moment de la demande de liquidation de sa pension peut obtenir, sur sa demande, l'examen de sa situation par une commission placée auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.</p> <p>(...)</p>	<p>L'assuré qui justifie des durées d'assurance mentionnées au premier alinéa de l'article L. 351-1-3, au premier alinéa du III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, ainsi qu'au 5° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraites sans pouvoir attester, sur une fraction de ces durées, de la reconnaissance administrative de l'incapacité requise au premier alinéa de l'article L. 351-1-3 du présent code et qui est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 50 % au moment de la demande de liquidation de sa pension peut obtenir, sur sa demande, l'examen de sa situation par une commission placée auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
Article L. 161-22	Article L. 161-22
<p>(...)</p> <p>Les dispositions du présent article ne sont pas opposables à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret.</p>	<p>(...)</p> <p>Les dispositions du présent article ne sont pas opposables à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime l'article L. 161-22-1-5.</p> <p>Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret.</p>
Article L. 161-22-1-1	Article L. 161-22-1-1
<p>Les assurés mentionnés au 2° de l'article L. 161-22-1 se constituent de nouveaux droits à pension au titre des régimes de base dans les conditions prévues au présent article, sans préjudice des dispositions ou des stipulations régissant les régimes complémentaires auxquels ils sont affiliés. Ces nouveaux droits sont sans incidence sur le montant de la pension de vieillesse résultant de la première liquidation.</p> <p>(...)</p>	<p>Les assurés mentionnés au 2° de l'article L. 161-22-1 se constituent de nouveaux droits à pension au titre des régimes de base dans les conditions prévues au présent article, sans préjudice des dispositions ou des stipulations régissant les régimes complémentaires auxquels ils sont affiliés. Ces nouveaux droits sont sans incidence sur le montant de la pension de vieillesse résultant de la première liquidation. Ces nouveaux droits propres et dérivés sont sans incidence sur le montant de la pension de vieillesse résultant de la première liquidation, le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et le montant du complément différentiel prévu à l'article L. 732-63 du même code.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
Article L. 161-22-1-5	Article L. 161-22-1-5
<p>(...)</p> <p>Les majorations de pension mentionnées au premier alinéa de l'article L. 351-10 et à l'article L. 351-12 du présent code et à</p>	<p>(...)</p> <p>Les majorations de pension mentionnées au premier alinéa de l'article L. 351-10 et à l'article L. 351-12 du présent code et à</p>

<p>l'article L. 732-54-2 du code rural et de la pêche maritime sont attribuées lors de la liquidation provisoire si les conditions en sont remplies ou, à défaut, lors de la liquidation ultérieure de la pension complète si les conditions en sont remplies à cette date. Lorsqu'elles sont attribuées lors de la liquidation provisoire, elles sont révisées lors de la liquidation de la pension complète.</p> <p>(...)</p>	<p>l'article L. 732-54-2 L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime sont attribuées lors de la liquidation provisoire si les conditions en sont remplies ou, à défaut, lors de la liquidation ultérieure de la pension complète si les conditions en sont remplies à cette date. Lorsqu'elles sont attribuées lors de la liquidation provisoire, elles sont révisées lors de la liquidation de la pension complète.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
Article L. 161-23-1	Article L. 161-23-1
<p>Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er janvier de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.</p>	<p>Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui, le régime des salariés agricoles et le régime des non-salariés des professions agricoles est fixé, au 1er janvier de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.</p>
Article L. 173-1-1	Article L. 173-1-1
<p>Dans le cas où un assuré peut prétendre à la fois à la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et à la majoration mentionnée à l'article L. 732-54-1 du même code, la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime est servie en priorité.</p>	<p>Dans le cas où un assuré peut prétendre à la fois à la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural à l'article L. 353-6 et à la majoration mentionnée à l'article L. 732-54-1 du même code, la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime la première est servie en priorité.</p>
Article L. 173-1-2	Article L. 173-1-2
<p>(...)</p> <p>III ter. - Le II du présent article est également applicable aux pensions de réversion lorsque les pensions de vieillesse de droit propre du conjoint décédé ou disparu ont ou auraient relevé du présent article.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>III ter. - Le II du présent article est également applicable aux pensions de réversion et aux pensions d'orphelin lorsque les pensions de vieillesse de droit propre du conjoint décédé ou disparu ont ou auraient relevé du présent article.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
Article L. 173-7	Article L. 173-7
<p>A l'exception des versements mentionnés au IV de l'article L. 351-14-1, les versements mentionnés aux articles L. 351-14-1, L. 351-17, L. 643-2 et L. 653-5 du présent code, à l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles, militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 et du I de l'article 108 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.</p>	<p>A l'exception des versements mentionnés au IV de l'article L. 351-14-1, les versements mentionnés aux articles L. 351-14-1, L. 351-17, L. 643-2 et L. 653-5 du présent code, à l'article L. 732-27-1 aux articles 732-35 et L. 732-35-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles, militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 et du I de l'article 108 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.</p>
Article L. 323-2	Article L. 323-2
<p>Par dérogation à l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser une limite fixée par décret pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles bénéficient de cet avantage.</p>	<p>Par dérogation à l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser une limite fixée par décret pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles bénéficient de cet avantage.</p>

<p>Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 161-22-1-5 du présent code et à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime.</p>	<p>Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 161-22-1-5 du présent code et à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime.</p>
<p align="center">Article L. 341-14-1</p>	<p align="center">Article L. 341-14-1</p>
<p>Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 161-22-1-5, L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4 du présent code ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3, L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998). L'assuré dont la retraite progressive prévue à l'article L. 161-22-1-5 du présent code ou à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime est suspendue est réputé non bénéficiaire des dispositions de l'article L. 161-22-1-5 du présent code et de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime pour l'application du présent alinéa.</p> <p>En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 160-14 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.</p>	<p>Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 161-22-1-5, L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4 du présent code ou des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3, L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998). L'assuré dont la retraite progressive prévue à l'article L. 161-22-1-5 du présent code ou à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime est suspendue est réputé non bénéficiaire des dispositions de l'article L. 161-22-1-5 du présent code et de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime pour l'application du présent alinéa.</p> <p>En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 160-14 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.</p>
<p align="center">Article L. 351-1-2-1</p>	<p align="center">Article L. 351-1-2-1</p>
<p>Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des articles L. 351-4, L. 351-4-1 ou L. 351-5, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 351-1-2, sous réserve de l'application du second alinéa du même article L. 351-1-2.</p> <p>(...)</p>	<p>Pour les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre des articles L. 351-4, L. 351-4-1 ou L. 351-5, la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie l'année précédant l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2, lorsque celui-ci est égal ou supérieur à soixante-trois ans, et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ouvre droit à une majoration de pension dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 351-1-2, sous réserve de l'application du second alinéa du même article L. 351-1-2 l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1-2, sous réserve qu'il soit égal ou supérieur à soixante-trois ans, est abaissé d'un an.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p align="center">Article L. 351-4</p>	<p align="center">Article L. 351-4</p>
<p>(...)</p> <p>IX.-Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-1, du II des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime, de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des b et b bis de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>IX.-Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-1, du II des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime, de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des b et b bis de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p align="center">Article L. 351-6-1</p>	<p align="center">Article L. 351-6-1</p>
<p>(...)</p> <p>II. — La majoration prévue au I du présent article est utilisée pour la détermination du taux défini au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et pour la détermination de la durée</p>	<p>(...)</p> <p>II. — La majoration prévue au I du présent article est utilisée pour la détermination du taux défini au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et pour la détermination de la durée</p>

<p>d'assurance mentionnée au troisième alinéa du même article L. 351-1.</p> <p>Les trimestres acquis au titre de cette majoration sont, en outre, réputés avoir donné lieu à cotisation pour le bénéfice de l'article L. 351-1-1 du présent code, du II des articles L. 643-3 et L. 653-2 du même code, de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p>	<p>d'assurance mentionnée au troisième alinéa du même article L. 351-1.</p> <p>Les trimestres acquis au titre de cette majoration sont, en outre, réputés avoir donné lieu à cotisation pour le bénéfice de l'article L. 351-1-1 du présent code, du II des articles L. 643-3 et L. 653-2 du même code, de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p>
Article L. 351-8	Article L. 351-8
<p>Bénéficiaire du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires :</p> <p>(...)</p>	<p>Bénéficiaire du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires :</p> <p>(...)</p> <p>6° Les assurés atteignant l'âge de soixante-cinq ans qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 ou qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.</p>
Article L. 381-2	Article L. 381-2
<p>(...)</p> <p>Le travailleur non salarié, mentionné à l'article L. 611-1 du présent code, à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ou au 2° de l'article L. 722-10 du même code ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 661-1 du présent code ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie définis en application de l'article L. 3142-24 du même code, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale. Cette affiliation n'est pas subordonnée à la déclaration de la cessation d'activité auprès de l'organisme unique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 123-33 du code de commerce ou à la radiation prévue à l'article L. 613-4 du présent code. Elle est subordonnée au dépôt d'une demande par le travailleur non salarié, dans des conditions définies par décret.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>Le travailleur non salarié, mentionné à l'article L. 611-1 du présent code, à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ou au 2° de l'article L. 722-10 du même code ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 661-1 du présent code ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie définis en application de l'article L. 3142-24 du même code, est affilié obligatoirement Les travailleurs non-salariés et conjoints collaborateurs mentionnés aux articles L. 611-1 et L. 661-1 du présent code ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 722-15 du code rural et de la pêche maritime qui interrompent leur activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie définis en application de l'article L. 3142-24 du même code, sont affiliés obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale. Cette affiliation n'est pas subordonnée à la déclaration de la cessation d'activité auprès de l'organisme unique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 123-33 du code de commerce ou à la radiation prévue à l'article L. 613-4 du présent code. Elle est subordonnée au dépôt d'une demande par le travailleur non salarié, dans des conditions définies par décret.</p> <p>(...)</p>
Article L. 491-1	Article L. 491-1
<p>Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :</p> <p>(...)</p>	<p>Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :</p> <p>(...)</p>

<p>2° Au titre de la solidarité nationale :</p> <p>(...)</p> <p>b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui ont cessé leur activité non salariée agricole avant le 1er avril 2002 ;</p> <p>(...)</p>	<p>2° Au titre de la solidarité nationale :</p> <p>(...)</p> <p>b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction antérieure à la loi n°... de financement de la sécurité sociale pour 2025 qui ont cessé leur activité non salariée agricole avant le 1er avril 2002 ;</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p style="text-align: center;">Article L. 544-8</p> <p>Les personnes mentionnées aux articles L. 7221-1 et L. 7311-3 du code du travail, au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 611-1 et à l'article L. 661-1 du présent code, aux articles L. 321-5, L. 722-9 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui cessent leur activité ainsi que celle mentionnées à l'article L. 5421-1 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 544-8</p> <p>Les personnes mentionnées aux articles L. 7221-1 et L. 7311-3 du code du travail, au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 611-1 et à l'article L. 661-1 du présent code, aux articles L. 321-5, L. 722-9 et L. 732-34 et aux articles L. 321-5 et L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime qui cessent leur activité ainsi que celle mentionnées à l'article L. 5421-1 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p style="text-align: center;">Article L. 634-2-1</p> <p>(...)</p> <p>Les trimestres validés au titre du présent II ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 634-2-1</p> <p>(...)</p> <p>Les trimestres validés au titre du présent II ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 634-6</p> <p>(...)</p> <p>L'article L. 161-22 et le présent article ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande ou qui bénéficie de sa pension au titre de l'article L. 161-22-1-5 du présent code, de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 634-6</p> <p>(...)</p> <p>L'article L. 161-22 et le présent article ne s'appliquent pas à l'assuré qui demande ou qui bénéficie de sa pension au titre de l'article L. 161-22-1-5 du présent code, de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime ou et de l'article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 821-1</p> <p>(...)</p> <p>Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-1 A du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime ou fait valoir son droit à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse, d'invalidité ou de rentes d'accident du travail.</p> <p>(...)</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 821-1</p> <p>(...)</p> <p>Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-1 A du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime ou fait valoir son droit à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse, d'invalidité ou de rentes d'accident du travail.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>

Code du travail	
Article L. 5421-4	Article L. 5421-4
<p>Le revenu de remplacement cesse d'être versé :</p> <p>(...)</p> <p>3° Aux allocataires bénéficiant d'une retraite attribuée en application des articles L. 161-17-4, L. 351-1-1, L. 351-1-3 à L. 351-1-5 et des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du code de la sécurité sociale, des articles L. 732-18-1 à L. 732-18-4 du code rural et de la pêche maritime et des troisième et septième alinéas du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998).</p>	<p>Le revenu de remplacement cesse d'être versé :</p> <p>(...)</p> <p>3° Aux allocataires bénéficiant d'une retraite attribuée en application des articles L. 161-17-4, L. 351-1-1, L. 351-1-3 à L. 351-1-5 et des II et III des articles L. 643-3 et L. 653-2 du code de la sécurité sociale, des articles L. 732-18-1 à L. 732-18-4 du code rural et de la pêche maritime et des troisième et septième alinéas du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998).</p>
Article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites	Article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites
<p>(...)</p> <p>III. — Par dérogation aux dispositions du II du présent article, l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 du même code et pour les assurés qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>IV. — Par dérogation aux dispositions de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, l'âge mentionné au 1° dudit article est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955 inclus lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p> <p>1° Avoir eu ou élevé, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 351-12 du code de la sécurité sociale, au moins trois enfants ;</p> <p>2° Avoir interrompu ou réduit leur activité professionnelle, dans des conditions et un délai déterminés suivant la naissance ou l'adoption d'au moins un de ces enfants, pour se consacrer à l'éducation de cet ou de ces enfants ;</p> <p>3° Avoir validé, avant cette interruption ou réduction de leur activité professionnelle, un nombre de trimestres minimum à raison de l'exercice d'une activité professionnelle, dans un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>III. — Par dérogation aux dispositions du II du présent article, l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 du même code et pour les assurés qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>IV. — Par dérogation aux dispositions de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, l'âge mentionné au 1° dudit article est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955 inclus lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p> <p>1° Avoir eu ou élevé, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 351-12 du code de la sécurité sociale, au moins trois enfants ;</p> <p>2° Avoir interrompu ou réduit leur activité professionnelle, dans des conditions et un délai déterminés suivant la naissance ou l'adoption d'au moins un de ces enfants, pour se consacrer à l'éducation de cet ou de ces enfants ;</p> <p>3° Avoir validé, avant cette interruption ou réduction de leur activité professionnelle, un nombre de trimestres minimum à raison de l'exercice d'une activité professionnelle, dans un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.</p> <p>Le reste sans changement</p>
Article 21 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites	Article 21 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites
<p>(...)</p> <p>III. — Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du code rural et de la pêche maritime, l'âge mentionné auxdits articles est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale et pour les assurés qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant</p>	<p>(...)</p> <p>III. — Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du code rural et de la pêche maritime, l'âge mentionné auxdits articles est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés qui bénéficient d'un nombre minimum de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale et pour les assurés qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de</p>

<p>bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>IV. — Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du code rural et de la pêche maritime, l'âge mentionné auxdits articles est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955 inclus qui remplissent les conditions prévues aux 1° à 3° du IV de l'article 20.</p> <p>V. — Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du même code, l'âge mentionné auxdits articles est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés ayant interrompu leur activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de leur famille en raison de leur qualité d'aidant familial dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>VI.-Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du même code, l'âge mentionné auxdits articles est, pour les assurés justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret, celui prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>IV. — Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du code rural et de la pêche maritime, l'âge mentionné auxdits articles est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1955 inclus qui remplissent les conditions prévues aux 1° à 3° du IV de l'article 20.</p> <p>V. — Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du même code, l'âge mentionné auxdits articles est fixé à soixante-cinq ans pour les assurés ayant interrompu leur activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de leur famille en raison de leur qualité d'aidant familial dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>VI. Par dérogation aux dispositions des articles L. 732-25 et L. 762-30 du même code, l'âge mentionné auxdits articles est, pour les assurés justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret, celui prévu à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>Article 36 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014</p>	<p>Article 36 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014</p>
<p>(...)</p> <p>III. — Pour les périodes antérieures au 31 décembre 2015, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, au sens de l'article L. 5213-1 du code du travail, est prise en compte pour l'appréciation des conditions mentionnées aux articles L. 351-1-3 et L. 634-3-3, au III de l'article L. 643-3 et à l'article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale, au 5° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi qu'à l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>III. — Pour les périodes antérieures au 31 décembre 2015, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, au sens de l'article L. 5213-1 du code du travail, est prise en compte pour l'appréciation des conditions mentionnées aux articles L. 351-1-3 et L. 634-3-3, au III de l'article L. 643-3 et à l'article L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale, au 5° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi qu'à l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p>Article 11 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat</p>	<p>Article 11 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat</p>
<p>I. - Le premier alinéa de l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale ne fait pas obstacle à la constitution de droits auprès du régime mentionné à l'article L. 921-2-1 du même code au titre des indemnités mentionnées à l'article L. 382-31 dudit code.</p> <p>II. - Les droits en cours de constitution auprès du régime mentionné à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale au titre des indemnités mentionnées à l'article L. 382-31 du même code ne sont pas pris en compte pour l'application de l'article L. 351-10-1 et du second alinéa de l'article L. 353-6 dudit code, du second alinéa de l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime, du dernier alinéa de l'article L. 732-54-1 du même code et du dernier alinéa du I de l'article L. 732-63 dudit code.</p>	<p>I. - Le premier alinéa de l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale ne fait pas obstacle à la constitution de droits auprès du régime mentionné à l'article L. 921-2-1 du même code au titre des indemnités mentionnées à l'article L. 382-31 dudit code.</p> <p>II. - Les droits en cours de constitution auprès du régime mentionné à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale au titre des indemnités mentionnées à l'article L. 382-31 du même code ne sont pas pris en compte pour l'application de l'article L. 351-10-1 et du second alinéa de l'article L. 353-6 dudit code, du second alinéa de l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime, du dernier alinéa de l'article L. 732-54-1 du même code du code rural et de la pêche maritime et du dernier alinéa du I de l'article L. 732-63 dudit code.</p>

Article 23 – Décalage de la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse au 1^{er} juillet

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

La mesure décale de manière pérenne la date de revalorisation annuelle des pensions et des autres prestations d'assurance vieillesse, ainsi que des rémunérations servant au calcul des pensions, au 1^{er} juillet au lieu du 1^{er} janvier, à l'exception de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et des allocations de solidarité vieillesse (ASV). Ce décalage permet de générer des économies tout en préservant le pouvoir d'achat des retraités les plus précaires.

En effet, l'article L.161-23-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les prestations d'assurance vieillesse du régime général et des régimes alignés sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier par application du coefficient prévu à l'article L.161-25. Ce coefficient est égal à 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'INSEE, de novembre de l'année N-2 à octobre de l'année N-1 pour une revalorisation au 1^{er} janvier de l'année N. La mesure proposée conduira à calculer ce coefficient, à compter du 1^{er} juillet 2025, sur la base des indices mensuels des prix publiés du mois de mai de l'année N-1 jusqu'au mois d'avril de l'année N.

Elle générera pour une économie de l'ordre 2,9 Md€ en 2025, net de l'effet retour en CSG et sur le champ des régimes de sécurité sociale non compensés (rendement de 3,9 Md€ au total pour l'ensemble des finances publiques). Les économies résultent de l'effet de décalage des dates, induit par le report correspondant au moindre niveau des pensions qui seront servies jusqu'à la prochaine revalorisation et du maintien d'une revalorisation sur une période de référence de douze mois en 2025 dans un contexte de décélération de l'inflation. La mesure n'est pas applicable à la plupart des régimes complémentaires de retraite, et notamment pas aux régimes conventionnels notamment celui de l'AGIRC-ARRCO dont le pilotage est assuré par les partenaires sociaux. Le régime complémentaire des contractuels de droit public, l'Ircantec, et le régime complémentaire des indépendants seront néanmoins concernés automatiquement, puisque les prestations sont revalorisées à la même date que le régime de base.

Au surplus, la mesure aligne l'indexation des rentes accordées par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales sur les pensions d'invalidité, alors qu'elle l'était jusqu'ici sur les pensions.

b) Autres options possibles

Le gel de l'ensemble des prestations de vieillesse, voire de l'ensemble des prestations sociales, aurait pu être envisagé ; ce scénario présenterait de forts effets anti-redistributifs en cas de gel des minima sociaux. Cette solution n'a pas été retenue afin de préserver les revenus des bénéficiaires les plus fragiles.

Par ailleurs, le décalage de la date annuelle de revalorisation aurait pu être défini à une autre date, générant d'autant moins d'économies que la date choisie serait précoce. A titre d'exemple, un décalage au 1^{er} avril génèrerait de moindres économies, de l'ordre de 1,7 Md€ (net de CSG – champ ROBSS), ne satisfaisant pas à l'objectif de réduction du déficit de la branche vieillesse dans un contexte des finances publique dégradé.

Un décalage de la date de revalorisation des prestations vieillesse au 1^{er} juillet constitue donc une solution intermédiaire.

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

La mesure proposée trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 2^o de l'article LO 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations obligatoires

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 732-54-2 et L. 732-63 du code rural et de la pêche maritime, les articles L. 161-23-1 et L. 351-10 du code de la sécurité sociale, les articles L. 1142-14 et L. 1142-17 du code de la santé publique ainsi que 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 doivent être modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

En 2021, le montant des pensions de retraite (des régimes obligatoires de base et complémentaires, ainsi que des régimes supplémentaires non légalement obligatoires) s'élève à 338 Md€, soit plus d'un huitième du PIB (13,5 %), dont 303,2 Md€ au titre des pensions de droit direct de base et complémentaires (soit 12,1 % du PIB) et 37,4 Md€ au titre des pensions de droit dérivé (soit 1,4 % du PIB)

Le décalage de 6 mois de la revalorisation des pensions de retraite de base, qui conduirait, au vu des prévisions d'évolution de l'inflation sous-jacentes au présent projet de loi à une revalorisation de 1,8 % en juillet 2025, correspondrait à une économie nette de l'ordre de 2,9 Md€ en 2025 (y compris effet retour en CSG) pour la Sécurité sociale. Cet impact se stabiliserait autour de 3 Md€ en 2026 et 2027. A cet effet sur le solde des régimes obligatoires de base, s'ajoute l'effet sur les retraites dans les régimes compensés par l'Etat, notamment sur les retraites des fonctionnaires de l'Etat. Ce régime étant intégré au budget de l'Etat, les moindres dépenses de pension de ces derniers sont compensées par une baisse des recettes de ce régime et l'économie se traduit par une amélioration du solde de ce dernier. Au global, l'effet total net de CSG serait de 3,9 Md€ en 2025 (dont 2,9 Md€ hors fonctionnaires de l'Etat et 1 Md€ pour ces derniers).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2023 (rectificatif)	2024	2025	2026	2027
ROBSS					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse	-	-	+ 2 870	+ 3 010	+ 3 070
- Autonomie					
Etat			+ 1 030	+ 1 080	+ 1 100

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

a) impacts économiques

La mesure conduira en écart à la situation contrefactuelle à un revenu disponible moindre pour les retraités. Cependant, les retraités ont un taux d'épargne comparativement plus élevé, atténuant l'impact de la mesure sur la consommation et donc l'activité.

b) impacts sociaux

Cette mesure conduira à une baisse relative du niveau de vie des bénéficiaires des prestations, à l'exclusion des foyers les plus modestes, bénéficiaires de l'ASPA et des ASV, non concernés par la mesure.

A titre illustratif, en 2025, la pension moyenne mensuelle d'un retraité monopensionné, à carrière complète (un peu plus élevée que la pension moyenne de l'ensemble des assurés), se serait élevée à 2 166 € en l'absence de réforme (en tenant compte de la pension de base et de la pension complémentaire). Cela aurait représenté une hausse moyenne de sa pension de l'ordre de 43 € par rapport à 2024. Avec la mesure, en 2025, sa pension s'élèverait à 2 147 € en moyenne sur l'année, soit une progression de 23 € par rapport à sa pension moyenne 2024.

• Impact sur les jeunes

Sans objet

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet.

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

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

La mesure n'entraînera pas de charge administrative supplémentaire pour les assurés.

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

Cette mesure ne présente pas de difficulté technique pour les opérateurs.

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

La mesure ne présente pas de surcoût en gestion pour les opérateurs.

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

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

Des textes réglementaires seront nécessaires afin d'exclure du champ de cette mesure les dispositifs suivants :

- l'allocation de cessation anticipée d'activité pour amiante : article 2 du décret n°99-247 du 29 mars 1999 relatif à l'allocation de cessation anticipée d'activité prévue à l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;
- l'allocation de vétéranage des sapeurs-pompiers volontaires : article 3 de l'arrêté du 24 décembre 2009 fixant le taux de la vacation horaire de base des sapeurs-pompiers volontaires et le montant de la part forfaitaire de l'allocation de vétéranage des sapeurs-pompiers volontaires ;
- les aides aux actions de reclassement et de reconversion professionnelle : article R. 5123-33 du code du travail.

Seront également à modifier, les dispositions relatives :

- aux modalités de calcul de nature réglementaires des pensions et des minima de pension : notamment les articles R. 732-71, D. 732-166-3, D. 732-166-4 et D. 732-166-5-1 du code rural et de la pêche maritime
- aux rachats et aux versements pour la retraite : notamment l'article D. 732-46 du code rural et de la pêche maritime et l'article D. 351-8 et D. 351-9 du code de la sécurité sociale

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

La mesure est mise en œuvre à compter de 2025. S'agissant du régime général, du régime des salariés agricoles et du régime des non-salariés agricoles, elle conduira à revaloriser les pensions versées le 9 août, le 1^{er} juillet en Alsace-Moselle. Concernant les régimes de base des professions libérales et des avocats et le régime complémentaire de l'Ircantec, la mesure conduira à revaloriser les pensions versées mensuellement à compter de la fin du mois de juillet. Les régimes spéciaux prévoient un versement à terme échu (avec dans les faits une anticipation avec un versement en fin de mois pour l'ENIM, le SRE, la CNRACL et le FSPOEIE), à l'exception notable de la CPRPF et la CNIEG qui effectuent un versement à échoir. Pour les premiers, la revalorisation interviendra donc en fin de mois de juillet/début du mois d'août, alors que pour les seconds, elle interviendra au début du mois de juillet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés, dès le vote de la loi, par les opérateurs chargés du versement des pensions.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'impact de cette mesure sera suivi, s'agissant des pensions de retraite, par le conseil d'orientation des retraites (COR), le comité de suivi des retraites (CSR) et au travers des indicateurs de niveau de vie du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article avant modification	Article après modification
Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 732-54-2	Article L. 732-54-2
<p>La majoration de pension mentionnée à l'article L. 732-54-1 a pour objet de porter le total des droits propres et dérivés servis à l'assuré par le régime d'assurance vieillesse de base des personnes non salariées des professions agricoles à un montant minimum.</p> <p>Le montant minimum est calculé en tenant compte des périodes d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans des limites fixées par décret. Le montant minimum est revalorisé, au 1er janvier de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1er janvier précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail. La majoration de pension servie à l'assuré est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>La majoration de pension mentionnée à l'article L. 732-54-1 a pour objet de porter le total des droits propres et dérivés servis à l'assuré par le régime d'assurance vieillesse de base des personnes non salariées des professions agricoles à un montant minimum.</p> <p>Le montant minimum est calculé en tenant compte des périodes d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans des limites fixées par décret. Le montant minimum est revalorisé, au 1er janvier de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1er janvier précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail revalorisé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 351 10 du code de la sécurité sociale. La majoration de pension servie à l'assuré est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.</p>
Article L. 732-63	Article L. 732-63
<p>(...)</p> <p>IV. — Pour une carrière complète de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, accomplie à titre exclusif ou principal, ce montant minimal annuel est égal à un pourcentage de 1 820 fois le montant du salaire minimum de croissance retenu après déduction des contributions et cotisations obligatoires dues au titre des régimes de base et complémentaire légalement obligatoire des salariés agricoles en vigueur le 1er janvier de l'année civile au cours de laquelle la pension de retraite prend effet. Ce pourcentage est égal à 85 %.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article et précise notamment le mode de calcul du complément différentiel de points de retraite complémentaire obligatoire et les conditions suivant lesquelles les durées d'assurance mentionnées aux I à III sont prises en compte pour le calcul du montant minimal annuel, les modalités d'appréciation de la carrière complète et les modalités selon lesquelles sont appréciés les droits propres servis à l'assuré.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>IV. — Pour une carrière complète de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, accomplie à titre exclusif ou principal, ce montant minimal annuel est égal à un pourcentage de 1 820 fois le montant du salaire minimum de croissance retenu après déduction des contributions et cotisations obligatoires dues au titre des régimes de base et complémentaire légalement obligatoire des salariés agricoles en vigueur le 1er janvier de l'année civile au cours de laquelle la pension de retraite prend effet 1er juillet qui précède la date de prise d'effet de la pension de retraite. Ce pourcentage est égal à 85 %.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article et précise notamment le mode de calcul du complément différentiel de points de retraite complémentaire obligatoire et les conditions suivant lesquelles les durées d'assurance mentionnées aux I à III sont prises en compte pour le calcul du montant minimal annuel, les modalités d'appréciation de la carrière complète et les modalités selon lesquelles sont appréciés les droits propres servis à l'assuré.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
Code de la santé publique	
Article L. 1142-14	Article L. 1142-14
<p>Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre</p>	<p>Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre</p>

<p>d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.</p> <p>Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés.</p> <p>Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(...)</p>	<p>d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.</p> <p>Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés.</p> <p>Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 L. 341-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
<p style="text-align: center;">Article L. 1142-17</p> <p>Lorsque la commission régionale estime que le dommage est indemnisable au titre du II de l'article L. 1142-1, ou au titre de l'article L. 1142-1-1 l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis.</p> <p>Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.</p> <p>Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.</p> <p>(...)</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 1142-17</p> <p>Lorsque la commission régionale estime que le dommage est indemnisable au titre du II de l'article L. 1142-1, ou au titre de l'article L. 1142-1-1 l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis.</p> <p>Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.</p> <p>Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 L. 341-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p><i>Le reste sans changement</i></p>
Code de la sécurité sociale	
<p style="text-align: center;">Article L. 161-23-1</p> <p>Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er janvier de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 161-23-1</p> <p>Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er janvier juillet de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.</p>
<p style="text-align: center;">Article L. 351-10</p> <p>(...)</p> <p>Le montant du minimum prévu à la première phrase du premier alinéa du présent article et celui du minimum majoré prévu à la seconde phrase du même premier alinéa sont revalorisés, au 1er janvier de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1er janvier précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail.</p>	<p style="text-align: center;">Article L. 351-10</p> <p>(...)</p> <p>Le montant du minimum prévu à la première phrase du premier alinéa du présent article et celui du minimum majoré prévu à la seconde phrase du même premier alinéa sont revalorisés, au 1er janvier juillet de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1er janvier juillet précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail.</p>

Article L. 653-7-1 (nouveau)	
	Le montant de la pension est revalorisé annuellement à la date prévue à l'article L. 161-23-1 dans la limite du coefficient annuel de revalorisation des pensions fixé dans les conditions prévues au même article
Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	
Article 5	Article 5
<p>Les assurances vieillesse et veuvage du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont régies par :</p> <p>1° Les dispositions de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre 1er du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes :</p> <p>(...)</p> <p>g) Par dérogation à l'article L. 161-23-1, lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est supérieur à celui constaté en métropole pour la même année, il est procédé, l'année suivante, à une revalorisation complémentaire du revenu professionnel annuel servant de base au calcul des pensions et des pensions déjà liquidées, dont le taux est égal à la différence entre les deux taux précités. Toutefois, lorsque le taux ainsi calculé est inférieur à un seuil déterminé, cette revalorisation complémentaire n'est pas appliquée au titre de l'année en cause. Elle est alors prise en compte pour le calcul du taux de l'année suivante.</p> <p>Lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est inférieur à celui constaté en métropole pour la même année, l'ajustement à opérer au titre de cette année vient en diminution de la revalorisation complémentaire due au titre de l'année suivante en application de l'alinéa précédent.</p> <p>Les modalités d'application des deux alinéas précédents sont fixées par décret.</p> <p>Le taux de la revalorisation complémentaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer ;</p> <p>(...)</p>	<p>Les assurances vieillesse et veuvage du régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont régies par :</p> <p>1° Les dispositions de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre 1er du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale (partie législative), sous réserve des adaptations suivantes :</p> <p>(...)</p> <p>g) Par dérogation à l'article L. 161-23-1, lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est supérieur à celui constaté en métropole pour la même année période, il est procédé, l'année suivante, à une revalorisation complémentaire du revenu professionnel annuel servant de base au calcul des pensions et des pensions déjà liquidées, dont le taux est égal à la différence entre les deux taux précités. Toutefois, lorsque le taux ainsi calculé est inférieur à un seuil déterminé, cette revalorisation complémentaire n'est pas appliquée au titre de l'année en cause. Elle est alors prise en compte pour le calcul du taux de l'année suivante.</p> <p>Lorsque le taux d'évolution des prix à la consommation hors tabac constaté chaque année à Saint-Pierre-et-Miquelon est inférieur à celui constaté en métropole pour la même année, l'ajustement à opérer au titre de cette année vient en diminution de la revalorisation complémentaire due au titre de l'année suivante en application de l'alinéa précédent.</p> <p>Les modalités d'application des deux alinéas précédents sont fixées par décret.</p> <p>Le taux de la revalorisation complémentaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer ;</p> <p>(...)</p>

Article 24 – Améliorer l’indemnisation en cas d’accident de travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel

I. Présentation de la mesure

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

a) Mesure proposée

Cadre juridique de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) est fondée sur une logique forfaitaire justifiée par un principe de présomption d’imputabilité du dommage à l’activité professionnelle, dispensant la victime d’engager une action en responsabilité. La victime est indemnisée par la branche AT-MP, financée par les cotisations patronales, indépendamment de toute faute établie de l’employeur. Ce principe est au fondement de la construction de la branche AT-MP et de son compromis historique de 1898, auquel les partenaires sociaux ont rappelé leur attachement.

Le livre IV du code de la sécurité sociale prévoit l’indemnisation des frais de santé et des arrêts de travail sur une base plus favorable que l’indemnisation en maladie ordinaire. En outre, en cas d’incapacité permanente, la victime bénéficie soit d’une indemnité en capital (incapacité permanente inférieure à 10%), soit d’une rente viagère (incapacité permanente supérieure ou égale à 10%).

Dans le cadre de la législation propre aux AT-MP, la responsabilité de l’employeur peut toutefois être engagée lorsque celui-ci a commis une faute inexcusable. Lorsque cette faute est reconnue par le juge, la victime a droit à une indemnisation complémentaire à celle prévue dans le livre IV du Code de la sécurité sociale.

Amélioration de la réparation du préjudice et clarification de la nature duale de la rente et des indemnités en capital

La mesure proposée :

- Introduit explicitement la couverture forfaitaire du préjudice fonctionnel permanent (DFP) pour les victimes d’incapacité permanente suite à un AT-MP : la nature duale de la réparation de l’incapacité permanente (couverture du préjudice économique et du préjudice fonctionnel permanent) est explicitée à la fois pour les rentes (victimes dont le taux d’incapacité professionnelle est égal ou supérieur à 10%) et pour les indemnités en capital (taux d’incapacité professionnelle inférieur à 10%) ;
- Améliore la réparation du préjudice fonctionnel permanent en droit commun des AT-MP.

Pour ce faire, la disposition **explicite que les indemnités en capital et la rente viagère AT-MP prévues au livre IV du Code de la sécurité sociale indemnisent :**

- D’une part le **préjudice économique, ou professionnel, correspondant à la perte de gains professionnels et à l’incidence professionnelle de l’incapacité ;**
- d’autre part, le **préjudice non économique correspondant au déficit fonctionnel permanent** déterminé à la fois par le nombre de points d’incapacité fonctionnelle issu du barème du concours médical ainsi qu’un référentiel de capitalisation *ad hoc* inspiré du référentiel Mornet¹ qui sera défini par arrêté après consultation des partenaires sociaux. La prise en compte d’une fraction du point fixé par le barème permettra de couvrir ce préjudice de manière forfaitaire.

Par ailleurs, la disposition précise **qu’en cas de faute inexcusable** de l’employeur :

- La part professionnelle de la rente majorée sera au plus égale au taux d’incapacité multiplié par le salaire réel de la victime ;
- La part fonctionnelle de la rente sera au plus égale à l’intégralité du forfait d’indemnisation du préjudice, c’est-à-dire du produit du nombre de points d’incapacité fonctionnelle et de la valeur de point du référentiel de l’article L.434-2, inspiré du référentiel Mornet utilisé par les juridictions civiles. Les employeurs fautifs auront donc à leur charge la part du DFP non couvert par la rente de droit commun.

¹ Le barème Mornet est un recueil méthodologique à destination des magistrats de l’ordre judiciaire ayant vocation à faciliter le traitement du contentieux de la réparation du dommage corporel.

Du fait de ces dispositions, le déficit fonctionnel permanent étant désormais couvert par la rente, il ne peut plus faire l’objet d’une réparation intégrale auprès du juge judiciaire en vertu de l’article L. 452-3, comme cela était possible depuis janvier 2023. De plus, la victime aura toujours droit à une réparation intégrale de tous les préjudices non couverts par la rente.

Par ailleurs, les articles L. 751-8 et L. 751-9 du code rural et de la pêche maritime renvoient directement aux articles du code de la sécurité sociale modifiés par cette mesure, il n’est donc pas nécessaire d’adapter ces dispositions dans le Code rural et de la pêche maritime pour son application aux salariés agricoles.

Enfin, l’accord des partenaires sociaux comprend également une amélioration des forfaits de prise en charge de la prestation complémentaire pour recours à la tierce personne (PC RTP). Cette proposition fait l’objet d’une expertise approfondie pour sa mise en œuvre par voie réglementaire.

Prise en compte de l’impact financier d’une amélioration de la réparation par la rente AT-MP

La mesure proposée améliore l’indemnisation de l’ensemble des victimes d’AT-MP en affirmant la nature duale de la rente viagère, conformément à la volonté des partenaires sociaux rappelée dans l’ANI.

La jurisprudence de la Cour de cassation a eu des impacts financiers tant pour la sécurité sociale que pour les employeurs, même en dehors des cas de FIE :

- Dans le cadre de leur recours contre tiers quand un accident implique un tiers responsable, les **organismes de sécurité sociale** pouvaient, jusqu’au revirement de jurisprudence de la Cour de cassation, demander au tiers responsable ou à son assureur le remboursement de la rente au titre de plusieurs postes de préjudices : les pertes de gains professionnels futurs, l’incidence professionnelle ainsi que le déficit fonctionnel permanent. Concernant ce dernier poste, la créance de la caisse s’impute sur l’évaluation totale du préjudice après la fixation de l’assiette du recours par le juge au contentieux ou les parties à l’amiable¹. 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 de la rente qui correspondait jusque-là au déficit fonctionnel permanent. ;
- Le **Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante** (FIVA) pouvait également déduire de sa propre rente indemnisant le préjudice fonctionnel la rente AT-MP. Cette déduction n’est désormais plus possible, ce qui représente un coût de **37M€ pour 2023 et avec un coût annuel estimé à 45M€ sur la base de l’exercice 2022** à la charge de la branche ATMP dont la dotation finance à 80% le FIVA. La mesure a également vocation, une fois entrée en vigueur, à permettre au fonds de déduire de nouveau la part fonctionnelle de la rente AT-MP de sa propre rente, induisant ainsi une économie pour la branche AT-MP au travers de sa dotation au profit du FIVA votée en LFSS ;
- Le coût de la charge financière du préjudice non économique correspondant au déficit fonctionnel permanent fait l’objet d’une évaluation annuelle capitalisée de 68 M€ environ (coût du seul préjudice du déficit fonctionnel permanent évalué sur la base des actions en faute inexcusable de l’employeur jugées en 2023). En 2023, le nombre de dossiers déposés pour faute inexcusable de l’employeur était de 3 516, soit 6% des nouveaux dossiers de rentes ATMP, pour 1 262 dossiers reconnus (contre 1 649 en 2022). Le pourcentage de dossiers reconnus par les juridictions reste relativement stable (environ 60% des demandes aboutissent à la condamnation de l’employeur pour faute inexcusable – tous dossiers confondus, 1 817 actions ont été reconnues en 2018, 1 598 en 2019, 1 327 en 2020, 1 754 en 2021).

b) Autres options possibles

Une première option aurait consisté à ne pas modifier la législation actuelle. Elle aurait toutefois conduit à écarter les préjudices fonctionnels de l’indemnisation de base en cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle, pourtant couverts dans la réparation jusqu’au revirement de jurisprudence de la Cour de cassation. Par ailleurs, elle aurait également pu conduire à diminuer le montant des rentes, dès lors qu’au regard de la jurisprudence elles ne couvrent désormais que le préjudice économique.

Une seconde option aurait consisté à se limiter à préciser l’actuelle définition de la rente prévue par l’article L. 434-2 afin d’y intégrer la notion de déficit fonctionnel permanent sans en modifier les modalités de calcul. Toutefois, une telle évolution aurait vidé de sens la volonté des partenaires sociaux exprimée par l’ANI d’améliorer la réparation tout en affirmant le caractère dual de la rente et n’aurait pas permis de répondre pas à la demande persistante de la Cour de cassation d’améliorer la réparation des victimes.

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

La branche ATMP finance l’indemnisation des victimes d’accidents du travail et de maladies professionnelles. Les mesures proposées augmentent les dépenses de la branche en améliorant l’indemnisation du préjudice subi.

¹ L’assiette du recours est fixée après prise en compte de l’évaluation de l’ensemble des dépenses directement liées à l’atteinte corporelle résultant de l’accident ainsi que l’établissement par poste de préjudice de la part demeurée à la charge de la victime et du reliquat revenant aux organismes de sécurité sociale.

La mesure ayant un effet sur les dépenses de la branche ATMP du régime général, ainsi que sur celles du régime agricole et des régimes spéciaux, elle a sa place en LFSS conformément aux dispositions du 1^o de l’article LO 111-3-8 dans la version de la LO en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2022.

II. Consultations obligatoires

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

Dans son arrêt *Saumier contre France* (CEDH, 12 janvier 2017, n° 74734/14, *Saumier contre France*), la CEDH a admis le principe d’une réparation forfaitaire majorée en cas de faute inexcusable de l’employeur. Pour la CEDH, la différence de niveau d’indemnisation atteignable par un blessé ou un malade selon que son état provient d’une faute de son employeur ou de celle d’un tiers ne constitue pas une violation du droit européen. En effet, la CEDH a jugé que pour ce qui est spécifiquement de la réparation du préjudice du salarié à raison de la faute inexcusable de l’employeur, il faut relever qu’elle vient en complément de dédommagements automatiquement perçus par le premier, ce qui singularise sa situation par rapport à la situation de droit commun. Ainsi, la situation du salarié victime d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle n’est pas la même que celle d’une personne victime d’un dommage qui se produit dans un autre contexte.

La présente mesure, tout comme le droit actuel, est donc compatible avec la décision de la CEDH susmentionnée.

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

a) Possibilité de codification

Le texte sera codifié dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d’outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Applicable

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Afin d’améliorer la réparation des victimes d’AT-MP en droit commun tout en clarifiant la dualité de la réparation perçue au titre du livre IV et en définissant la part du préjudice fonctionnel couvert à ce titre de celle à la seule charge des employeurs reconnus responsables d’une faute inexcusable, le coût total capitalisé de la mesure est estimé à 400 M€ pour les rentes ainsi qu’à 54 M€ pour les indemnités en capital, soit un total de 454 M€ pour le régime général¹.

Ce montant correspond au coût total théorique capitalisé de la mesure : la charge actuarielle moyenne d’une rente viagère est prise en compte pour chiffrer la mesure avec une montée en charge progressive.

Pour 2022, au régime général, les dépenses constatées au titre des rentes AT-MP sont de 3 Mds €. La rente couvrira le préjudice économique et, partiellement, le préjudice fonctionnel. Ainsi, à échelle d’un bénéficiaire reconnu victime d’une faute inexcusable de son employeur, 50% du montant total du DFP sera couvert par la rente et donc 50% sera à la seule charge de l’employeur reconnu fautif à ce titre.

Concernant les rentes, au régime général, sur la base d’un scénario à 400 M€ (coût total des nouvelles rentes versés une année, sur la durée de vie des bénéficiaires, soit environ 30 ans), avec une prise en charge à 50% du DFP par la rente AT-MP et la possibilité pour certaines victimes à partir d’un certain taux d’incapacité permanente (50%) d’opter pour un versement capitalisé d’une partie de leur DFP (20%) dans la limite d’un plafond de la sécurité sociale : en se basant sur le niveau des rentes et le profil des rentiers pour les années 2017 à 2021, avec un taux d’acceptation estimé à 80%, la coût annuel de la partie capitalisée du DFP de ces victimes est estimé à environ 22 M€. A ce coût, il faut ajouter le coût annuel de versement des rentes viagères : il est estimé à 8 M€ la première année, puis à 16,4 M€ chaque année à partir de la deuxième année. Ainsi, du fait de l’entrée en vigueur à partir du 1^{er} juin, le coût de la mesure pour les rentes est estimé à environ 16M€ dès 2026 , puis de 48M€ en 2027 jusqu’à environ 64 M€ en 2028.

Au régime agricole, en retenant les mêmes paramètres qu’au régime général, le surcoût capitalisé pour les nouveaux rentiers salariés agricoles est estimé à 42 M€. Le coût annuel de partie capitalisée du DFP est estimé à 1,5 M€. A ce coût, il faut ajouter le coût annuel de versement des rentes viagères : il est estimé à 0,35 M€ la première année, puis 1,2 M€ chaque année à partir de la deuxième année. Ainsi, du fait, de l’entrée en vigueur à partir du 1^{er} juin, le coût de la mesure pour les rentiers du régime agricole est estimé à environ 1 M€ en 2026, 3 M€ en 2027 et 4 M€ en 2028.

Concernant les indemnités en capital, la montée en charge est immédiate :

- Au régime général, 32 M€ en 2026 et 54 M€ / an à compter de 2027 ;
- Au régime agricole, 2,3 M€ en 2026 et 3,9 M€ / an à compter de 2027.

Concernant le recours contre tiers, la caisse nationale d’assurance maladie a procédé à une enquête afin de déterminer l’impact financier de cette jurisprudence sur le rendement de l’activité de recours contre tiers. Après avoir sélectionné des dossiers issus du stock 2019 et 2022, il a été déterminé la part du montant récupéré par rapport au montant sollicité au titre des rentes afin d’évaluer les ratios de partages de responsabilité, qui sont ensuite appliqués à l’ensemble des dossiers². Depuis le revirement de jurisprudence, la perte pour la branche, issue de la part de la rente susceptible d’être allouée au titre du déficit fonctionnel permanent, est évaluée à 69M€ pour 2022 et 60 M€ pour 2023. Ainsi, par analogie, il est estimé que la branche puisse recouvrer de nouveau les sommes associées au DFP, c’est-à-dire environ **60 M€ en année pleine**.

¹ Les chiffrages de cette étude d’impact sont réalisés à partir des hypothèses suivantes : utilisation du barème AT-MP actuel pour le préjudice professionnel, réduit de 30% pour le préjudice fonctionnel, application du référentiel Mornet pour la capitalisation du DFP.

² Dans cette enquête, les rations sont déterminés à l’ensemble des dossiers avec rente en 2022 avec un statut « clos définitif », « clos avec suite » et « terminés-soldés ».

Compte tenu de l’entrée en vigueur de la mesure, son impact financier ne serait effectif qu’à partir de juin 2026.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2024 (rectificatif)	2025	2026	2027	2028
ROBSS					
- Maladie					
- ATMP			En dépenses : 49 M € ; En recettes : 30 M € pour RCT	En dépenses : 105 M€ ; En recettes : 60 M € pour RCT	En dépenses : 122 M € ; En recettes : 60 M € pour RCT
- Famille					
- Vieillesse					
- Autonomie					
(Autre : État, etc.)					

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

a) Impacts économiques

Le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation conduit à ne réparer le déficit fonctionnel permanent subi par les victimes qu’en cas de reconnaissance d’une faute inexcusable de l’employeur, reposant financièrement sur ce dernier. Le coût du seul préjudice du déficit fonctionnel permanent est évalué, sur la base des actions en faute inexcusable de l’employeur jugées en 2023, à 68 M€.

La mesure proposée permet d’améliorer les modalités de couverture des assurés du régime général en cas d’accident du travail et maladie professionnelle tout en partageant ce coût entre la branche ATMP et les employeurs et ainsi de limiter l’impact du revirement de la Cour de cassation.

b) Impacts sociaux

- La mesure vise à clarifier le périmètre de la rente ATMP tout en améliorant les modalités de couverture pour une grande majorité des assurés du régime général en cas d’accident du travail et maladie professionnelle.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Les victimes d’accident du travail ou de maladie professionnelle peuvent connaître une situation de handicap. Aussi, l’amélioration de l’indemnisation de leur incapacité permanente aura un effet positif pour ces victimes.

c) Impacts sur l’environnement

Sans impact environnemental.

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

Sans objet.

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

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

La mesure permettra une amélioration du niveau de la rente ATMP pour l'ensemble des victimes d'incapacité permanente.

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

La mesure modifie les règles de calcul de la rente ATMP et emporte une évolution du système d'information de la CNAM sur ce périmètre.

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

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

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

Deux textes d'application sont nécessaires :

- Un arrêté des ministres chargés du travail et de la santé portant sur la fraction et le barème de la part correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime au L.434-2 ;
- Un décret en Conseil d'Etat portant sur les règles et la détermination du montant de salaire minimum et du taux d'incapacité de la part correspondant à la perte de gains professionnels et à l'incidence professionnelle de l'incapacité au L.434-2.

La publication de ces textes d'application est prévue au plus tard le 1^{er} juin 2026. Les partenaires sociaux et notamment la commission AT-MP seront associés aux discussions sur ces textes d'application.

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

Le délai d'entrée en vigueur de la loi vise la publication des textes d'application et la pleine association des partenaires sociaux à l'élaboration de ces derniers.

Une information des assurés sera assurée par les sites internet des régimes.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés seront informés par la CNAM de ces informations.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre sera effectué statistiquement par la CNAM (direction des risques professionnels).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article avant modification	Article après modification
	<p>Article L 434-1-A (création)</p> <p>L'indemnisation de l'incapacité permanente dont est atteinte la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle comprend celle due au titre de son incapacité permanente professionnelle ainsi que celle due au titre de son incapacité permanente fonctionnelle.</p> <p>Le taux de l'incapacité permanente professionnelle est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge et les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'incapacité professionnelle des accidents du travail et maladies professionnelles déterminé par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé.</p> <p>Le taux de l'incapacité permanente fonctionnelle est déterminé en fonction des atteintes persistant après la consolidation qui relèvent du déficit fonctionnel permanent, à partir d'un barème indicatif déterminé par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé.</p>
<p>Article L 434-1</p> <p>Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.</p> <p>Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret dont les montants sont revalorisés au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.</p> <p>Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue définitive. Elle est incessible et insaisissable.</p>	<p>Article L 434-1</p> <p>Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente professionnelle inférieure à un pourcentage déterminé. Elle est constituée :</p> <p>1° d'une part correspondant à la perte de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité. Son montant est fonction du taux d'incapacité permanente professionnelle de la victime, par un barème forfaitaire fixé par décret et revalorisés au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Elle est révisée lorsque le taux d'incapacité professionnelle de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé. Cette part est due même si la date de consolidation intervient alors que la victime est bénéficiaire d'une pension de retraite.</p> <p>2° d'une part correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime. Son montant est fonction du taux d'incapacité permanente fonctionnelle de la victime, par un barème forfaitaire fixé par décret et revalorisé au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Elle est révisée lorsque le taux d'incapacité fonctionnelle de la victime augmente.</p> <p>Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue définitive. Elle est incessible et insaisissable.</p>
<p>Article L 434-2</p> <p>Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.</p>	<p>Article L 434-2</p> <p>Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.</p>

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

Les victimes titulaires d'une rente sont informées, selon des modalités prévues par décret, des dispositions prévues à l'article L. 351-1-4 avant un âge fixé par décret.

I. Lorsque l'incapacité permanente **professionnelle** est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente **composée** :

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

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

II. La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente **professionnelle** est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

III En cas d'accidents successifs, les taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au **1° du I** pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente **professionnelle** est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la **part professionnelle de la** rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.

IV Lorsque l'état d'**incapacité** apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas

	<p>applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.</p> <p>Les victimes titulaires d'une rente sont informées, selon des modalités prévues par décret, des dispositions prévues à l'article L. 351-1-4 avant un âge fixé par décret.</p>
<p>Article L434-15</p> <p>Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime.</p> <p>Le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Article L434-15</p> <p>Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente professionnelle égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime.</p> <p>Le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L434-16</p> <p>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 un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé au 1er avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, compte tenu des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2.</p> <p>Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant.</p> <p>Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Article L434-16</p> <p>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 un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé au 1er avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, compte tenu des dispositions du III de l'article L. 434-2.</p> <p>Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant.</p> <p>Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L434-17</p> <p>Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.</p>	<p>Article L434-17</p> <p>Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. La part versée en capital mentionné au I de l'article L.434-2 est exclue de la revalorisation.</p>
<p>Article L452-2</p> <p>Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre.</p> <p>Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.</p>	<p>Article L452-2</p> <p>Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre.</p> <p>Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.</p>

<p>Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime 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.</p> <p>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 ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.</p> <p>Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17.</p> <p>La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret.</p>	<p>Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, la majoration porte sur la part professionnelle et la part fonctionnelle visées respectivement au 1° et au 2° de l'article L. 434-2. Le montant de la majoration de la part professionnelle est fixé de telle sorte que la part professionnelle majorée allouée à la victime 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 professionnelle totale. Le montant de la majoration de la part fonctionnelle est fixé de telle sorte que la part fonctionnelle majorée allouée à la victime ne puisse excéder le montant total du nombre de points d'incapacité fonctionnelle multiplié par la valeur du point fixé par le référentiel du 2° du I de l'article L. 434-2.</p> <p>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 ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.</p> <p>Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17.</p> <p>La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret.</p>
<p>Article L452-3</p> <p>Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle 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. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.</p> <p>De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée.</p> <p>La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.</p>	<p>Article L452-3</p> <p>Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation de l'ensemble des préjudices n'ayant pas fait l'objet d'une réparation forfaitaire au titre du présent livre, notamment du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées avant la date de consolidation, 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. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.</p> <p>De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée.</p> <p>La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.</p>

Article 24 – Améliorer l’indemnisation en cas d’accident de travail ou de maladie professionnelle et mieux prendre en compte le préjudice personnel

	<p>Une commission des garanties, composée au sein de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-5 du code de la sécurité sociale, est consultée sur les textes d'application des dispositions mentionnées au I et est en charge d'en suivre la mise en œuvre.</p> <p>Cette commission est instituée jusqu'à la fin de la quatrième année qui suit l'entrée en vigueur des dispositions prévues au I.</p>
	<p>Les dispositions du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er juin 2026. Elles s'appliquent aux victimes dont l'état est consolidé à compter de cette date.</p>



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*