

Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Rapport sur l'application des lois
de financement de la sécurité sociale

Synthèse

Mai 2023

 **AVERTISSEMENT**

Le présent document a pour objet de faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage cette dernière. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont présentées en annexe du texte de la Cour.

L'ordre des chapitres résumés correspond à celui du rapport.

Sommaire

Présentation	5
1 Une situation financière de la sécurité sociale à redresser	7
2 Des réformes à poursuivre	21
3 Des évolutions nécessaires	33

Présentation

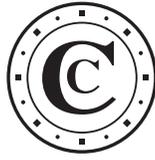
Dans son dernier rapport public annuel¹, la Cour des comptes a constaté que la situation des finances publiques de la France restera en 2023 parmi les plus dégradées de la zone euro. Elle a rappelé les risques élevés portant sur la soutenabilité de la dette publique française à moyen terme. La Cour estime donc qu'il n'est plus possible de repousser le nécessaire redressement des finances publiques.

Après l'adoption d'une réforme des retraites et la révision des règles de l'assurance chômage, le Gouvernement a annoncé une revue annuelle des dépenses afin d'identifier les pistes permettant aux politiques publiques d'être plus efficaces et plus économes. La Cour formulera à cet effet dans les prochaines semaines des recommandations complémentaires au sein de publications spécifiques.

Dès à présent, le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023 s'attache à :

- analyser la situation financière de la sécurité sociale au terme de l'exercice 2022, afin d'éclairer le vote par le Parlement de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, dont le projet lui est présenté pour la première fois dès le mois de mai (partie I) ;
- tirer le bilan de la mise en œuvre des réformes ou de mesures décidées, ces dernières années, par les lois de financement de la sécurité sociale et évaluer en particulier leur apport à la maîtrise et à la qualité des dépenses de sécurité sociale (partie II) ;
- illustrer, à travers quatre exemples, la nécessité d'engager les évolutions nécessaires à une plus grande efficacité de la dépense publique dans le secteur de la sécurité sociale (partie III).

1. Cour des comptes, *la situation d'ensemble des finances publiques (à fin février 2023)*, rapport public annuel 2023.



1 Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

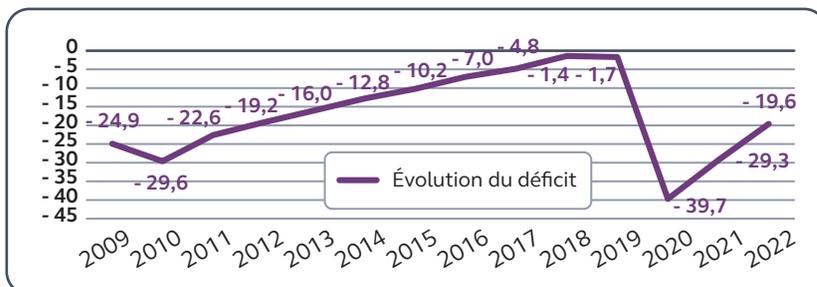
Après avoir analysé la situation des comptes de la sécurité sociale en 2022, les prévisions pour l'exercice 2023 et leur trajectoire pour les années à venir (chapitre I), le rapport examine de manière approfondie l'évolution des dépenses d'assurance maladie et formule des propositions pour rendre plus effective la portée de leur pilotage (chapitre II). Il évalue enfin la qualité de l'information nouvelle apportée au Parlement sur la situation financière des établissements de santé et recommande les améliorations nécessaires pour en accroître la pertinence et l'exhaustivité (chapitre III).

1 - La situation financière de la sécurité sociale : une amélioration temporaire, une dégradation prévisible

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) au 31 décembre 2022 a atteint 19,6 Md€, soit 0,7 % du PIB. Son amélioration, de 9,7 Md€ par rapport au résultat de 2021 rectifié (voir encadré), reste modeste au regard de l'ampleur de la reprise économique (croissance du PIB de 2,6 %) et de la hausse de l'inflation (+ 5,3 % hors tabac), qui ont participé à l'accroissement des recettes (augmentation de la masse salariale de 8,7 %).

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (2009-2022, en Md€)



Note : La LFSS pour 2022 a adopté les comptes portant un déficit 2020 s'élevant à 39,7 Md€. En tenant compte de la rectification du déficit 2021 votée par le Parlement en LFSS pour 2023, minoré de 5 Md€ produits rattachables à 2020, le solde correspondant pour 2020 s'établirait à 34,7 Md€.

Source : Cour des comptes d'après le PLACSS pour 2022 et les tableaux d'équilibre approuvés par les LFSS pour les années antérieures

La rectification par le Parlement des résultats de 2021, suivant l'opinion de la Cour des comptes

Dans le rapport de certification des comptes du régime général de 2021, la Cour avait souligné une anomalie : des recettes perçues auprès des travailleurs indépendants, dont le prélèvement avait été reporté dans le cadre des mesures d'accompagnement de la crise, avaient été comptabilisées au titre de 2021 alors qu'elles étaient rattachables à l'exercice 2020. Cela

a conduit à majorer de 5 Md€ le résultat de 2021 et à minorer d'autant le résultat de 2020. Le Parlement a rectifié les recettes et le solde de la sécurité sociale de 2021 à l'occasion de leur approbation en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. L'administration n'a toutefois pas établi de comptes *pro forma* sur la base du vote du Parlement.

Très proches de l'équilibre en 2018 et en 2019, les soldes de la sécurité sociale avaient été profondément dégradés par la crise sanitaire en 2020 et en 2021. À partir de 2021, le rebond de la croissance et la reprise de l'emploi ont ensuite restauré les recettes et favorisé un redressement progressif. Toutefois, les dépenses ont, en parallèle, fortement augmenté, du fait de la prolongation de la crise sanitaire jusqu'en 2022 et du

déploiement depuis 2020 du « Ségur de la santé », programme pluriannuel de revalorisations salariales et d'investissement structurel en faveur de l'hôpital et des établissements médico-sociaux.

La branche maladie porte en 2022 un déficit de 21 Md€, supérieur à celui de l'ensemble de la sécurité sociale, et en aggravation de 1,9 Md€ par rapport à la prévision initiale.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

La branche vieillesse accuse un déficit croissant, s'élevant à 3,8 Md€ en 2022. Ce déficit est imputable au régime général (2,9 Md€) et à la caisse de retraites de la fonction publique locale et hospitalière (CNRACL, 1,8 Md€), les autres régimes étant en excédent ou à l'équilibre. Pour le régime de la fonction publique d'État et plusieurs régimes spéciaux, cet équilibre est atteint par le versement de contributions ou de subventions d'un montant total de 51,3 Md€ en 2022.

Les autres branches (accidents du travail et maladies professionnelles, famille, autonomie) sont excédentaires. Leurs résultats sont conformes à la prévision initiale ou meilleurs qu'initialement prévus.

Le résultat 2022 de la sécurité sociale est ainsi proche de la prévision réalisée en loi de financement initiale (amélioration de 1,8 Md€). Cela masque toutefois une forte augmentation des recettes compensée par une hausse tout aussi importante des dépenses, en dépit desquels le Gouvernement n'a pas déposé de projet de loi de financement rectificative.

Les recettes (572 Md€) dépassent ainsi de 22,8 Md€ la prévision initiale. À périmètre constant, elles sont supérieures de 64,2 Md€ aux produits de 2019, avant la crise sanitaire. Cette croissance s'explique par l'évolution favorable de la masse salariale du secteur privé, portée par la bonne tenue de l'emploi (+ 2,7 %) et par l'augmentation du salaire moyen par tête (+ 5,8 %), soutenue par les revalorisations décidées dans le contexte d'inflation. La hausse de

3,5 % du point d'indice de la fonction publique, le 1^{er} juillet 2022, a procuré à la sécurité sociale un surcroît de cotisations et contributions de 1,1 Md€ en 2022. La TVA nette affectée (46,4 Md€) est restée une ressource dynamique (+ 4,7 %).

Les dépenses (591,6 Md€) ont dépassé les prévisions de 21,0 Md€. Cette forte augmentation a deux causes principales : les effets de la crise sanitaire, plus importants que prévu, et la revalorisation de 4 % des prestations sociales adoptée le 1^{er} juillet 2022 par anticipation de la revalorisation annuelle 2023 pour prévenir les effets de l'inflation sur le pouvoir d'achat des bénéficiaires.

Pour l'assurance maladie, l'objectif national de dépenses (Ondam) voté (236,8 Md€) a été dépassé de 10,4 Md€, dont 6,8 Md€ du fait des dépenses de crise. La hausse des dépenses des autres branches s'explique principalement par l'effet des revalorisations de prestations sociales.

En 2023, les soldes des régimes de base de la sécurité sociale devraient poursuivre leur amélioration, grâce à des facteurs conjoncturels : la poursuite de la dynamique des recettes et le reflux des dépenses de crise.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 prévoit un déficit prévisionnel de 8,2 Md€, en nette amélioration de 11,4 Md€. La progression attendue des recettes de cotisations, contributions et taxes affectées (+ 4 %) resterait tirée par l'inflation et la meilleure situation de l'emploi. L'augmentation des dépenses

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

serait plus faible (+ 1,7 %). Après les revalorisations par anticipation des retraites et des prestations sociales en juillet 2022, celles de 2023 seraient plus modérées.

Le redressement le plus important concernerait la branche maladie, dont le déficit serait ramené de 21 Md€ à 7,1 Md€. À titre principal, il résulterait de la réduction des dépenses de crise de 10,7 Md€ à 1 Md€. Toutefois, il repose aussi sur une hypothèse de progression de l'Ondam hors crise de 3,6 %, inférieure à l'inflation, ce qui suppose des efforts de maîtrise des dépenses qui restent à confirmer.

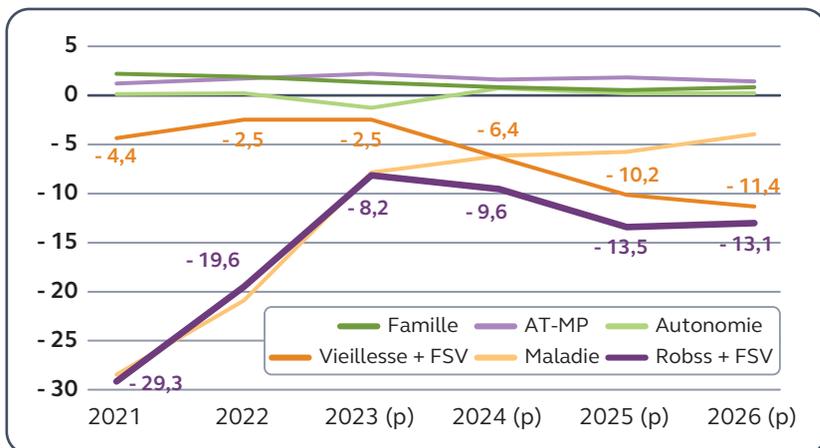
La réforme des retraites n'a modifié qu'à la marge la prévision de déficit 2023. La revalorisation des minima de pensions pour les retraites complètes doit s'appliquer dès le 1^{er} septembre 2023, pour un surcoût estimé à

0,4 Md€ en 2023. L'effet du report de l'âge de départ et de l'augmentation de la durée d'assurance requise pour les nouveaux retraités (0,2 Md€ d'économies attendues en 2023) est plus progressif et, pour la première année d'application, devrait être contrebalancé par les autres mesures d'accompagnement.

À partir de 2024, un déficit qui devrait se dégrader malgré les effets attendus de la réforme des retraites

L'amélioration de la situation financière attendue en 2023 ne devrait être que transitoire. Dès 2024, le déficit devrait s'aggraver à nouveau, porté par la dégradation des soldes de la branche vieillesse, que la réforme des retraites ne devrait pas permettre de rétablir rapidement. Le déficit devrait ensuite se stabiliser au-dessus de 13 Md€ en 2025 et en 2026.

Trajectoire financière 2021-2026 des soldes des branches et du FSV (en Md€)



Source : Annexe de la LFRSS 2023, rectifiée pour 2021 selon l'article 1^{er} de la LFSS 2023 et pour 2022 selon les comptes définitifs

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Cette dégradation serait l'effet de la conjoncture d'une part et d'un déficit structurel de la branche vieillesse de l'autre, tandis que la progression prévue des dépenses de santé serait fortement maîtrisée.

En effet, en 2024, les recettes devraient ralentir avec le recul de l'inflation

et un marché de l'emploi moins dynamique selon les hypothèses de masse salariale du Gouvernement. Dans le même temps, les pensions et prestations devraient intégrer l'inflation constatée en 2023, révisée à la hausse par le programme de stabilité.

Effet de l'inflation sur le solde de la sécurité sociale

En cas d'augmentation ou de diminution de l'inflation, les effets se répercutent rapidement sur les recettes de la sécurité sociale qui reposent à 85 % sur les salaires et sur la consommation. Les effets sont plus lents sur les dépenses, avec un an de décalage pour les dépenses indexées.

En conséquence, sauf revalorisation par anticipation des prestations comme en 2022, les déficits de la sécurité sociale diminuent quand l'inflation accélère et augmentent quand elle décélère. Cet effet participe à l'amélioration du solde 2023 et devrait contribuer à sa dégradation en 2024 et en 2025.

L'hypothèse concernant l'évolution de l'Ondam, hors crise sanitaire, apparaît particulièrement ambitieuse. Sa progression moyenne annuelle sur la période 2023-2026 serait de 2,9 %, soit à peine plus que l'inflation (2,8 %). Dans le passé, jamais une telle modération n'a pu être obtenue sur plusieurs années. La mise en œuvre de la trajectoire programmée supposerait un ensemble de réformes visant à améliorer l'efficacité et la qualité des soins. La Cour a rappelé les plus significatives des mesures qu'elle préconise dans une note structurelle de 2021² et qu'elle illustre dans le présent rapport, afin de réaliser des économies importantes sans remettre en cause la qualité des soins, telle la maîtrise

médicalisée des dépenses de santé ou l'efficacité de l'imagerie médicale.

La réforme des retraites adoptée le 14 avril 2023 a des finalités économiques qui vont au-delà du seul objectif de rétablissement comptable des comptes sociaux. Dans le champ des régimes de base de la sécurité sociale, la réforme n'aura d'effets financiers favorables que progressivement, la montée en charge des mesures d'accompagnement étant plus rapide que celle des mesures d'âge. Elle se traduirait ainsi par un surcoût jusqu'à la fin de 2024. Le gain net resterait limité à 1 Md€ en 2025 et à 2 Md€ en 2026.

À horizon 2030, sous les hypothèses favorables d'une productivité

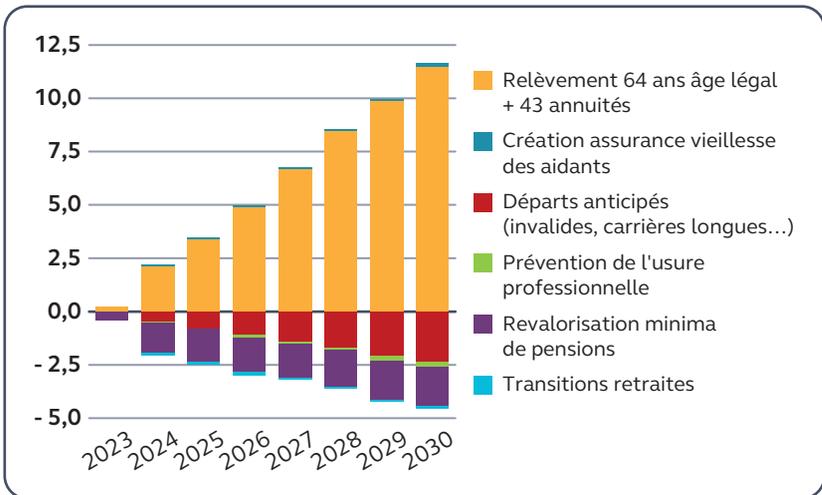
2. Cour des comptes, « Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie », décembre 2021.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

augmentant de 1 % par an et d'un taux de chômage ramené à 4,5 % (7,2 % à fin 2022), l'impact net sur les soldes de la branche vieillesse des régimes obligatoires de base et du FSV serait de 7,1 Md€. À cet horizon,

l'effet du report à 64 ans de l'âge de la retraite et de l'accélération de la durée d'assurance requise à 43 annuités atteindrait 11,5 Md€ et serait réduit de 4,4 Md€ par les mesures d'accompagnement³.

Conséquences de la réforme des retraites sur les soldes de la branche vieillesse et du FSV (tous Robss, en Md€)



Source : étude d'impact de la réforme accompagnant le PLFSS, Cnav, modèle Prisme 2022

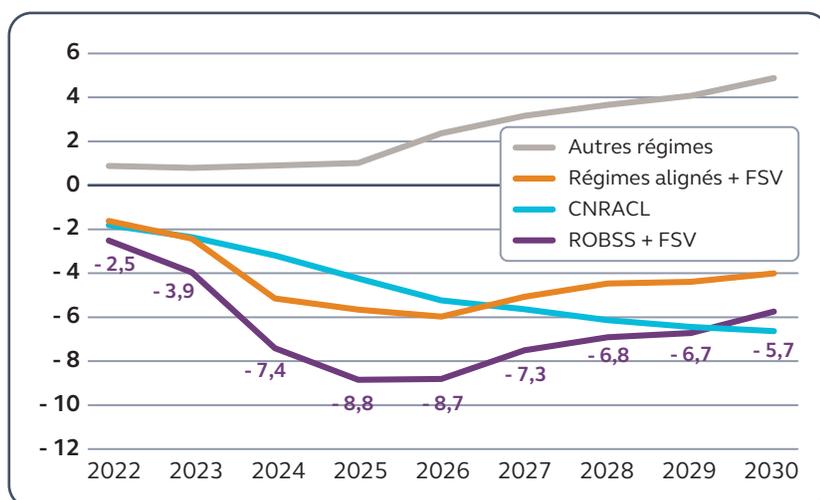
En prenant en compte les effets de la réforme et les mesures réglementaires, le déficit de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), devrait atteindre, malgré les effets de la réforme des retraites, un maximum

de 8,8 Md€ en 2025, avant de se réduire à 5,7 Md€ en 2030. De plus, les effets des mesures adoptées par amendement lors de la discussion du projet de loi au Parlement n'ont pas encore été intégrés à cette prévision.

3. Départs anticipés pour les invalides, carrières longues, prévention de l'usure professionnelle, revalorisation des minima de pensions, mesures de transition retraites, revalorisation du seuil de récupération sur succession de l'Aspa, création d'une assurance vieillesse pour les aidants.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Évolution prévisionnelle des soldes des régimes de base de la branche vieillesse et du FSV (en Md€)



Source : étude d'impact de la réforme accompagnant le PLFRSS, Cnav, modèle Prisme 2022

Une situation de la CNRACL de plus en plus préoccupante

La CNRACL gère un régime spécial qui couvre les risques retraite et invalidité des agents de la fonction publique territoriale et hospitalière. Compte tenu d'un déficit devenu structurel et appelé à s'aggraver (6,6 Md€ en 2030), la LFSS

2023 a autorisé la CNRACL à recourir à l'emprunt dans la limite de 7,5 Md€ pour assurer la pérennité des paiements des prestations en 2023. Cette solution est de plus en plus coûteuse avec la remontée rapide des taux d'intérêt.

Le financement des déficits de la sécurité sociale par la Cades n'étant plus organisé après 2023, l'adoption de mesures nouvelles devrait s'accompagner d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre

L'existence de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a été prolongée de 2024 à 2033 par la loi du 7 août 2020, qui a également prévu la reprise de 92 Md€ au titre des déficits 2020 et postérieurs. Selon la prévision, il ne resterait à la Cades que 8,8 Md€ pour reprendre le déficit 2023 du régime général. Il faudra

donc élaborer de nouvelles solutions pour les déficits du régime général qui seront constatés à partir de 2024, ainsi que pour absorber le cumul des déficits de la CNRACL depuis 2020.

Un nouvel allongement de la durée de vie de la Cades au-delà de 2033, s'il était décidé, devrait impérativement s'accompagner d'une trajectoire crédible et durable de retour à l'équilibre. Pour cela, un programme pluriannuel de réformes doit être établi, accompagné d'une trajectoire de rétablissement des comptes.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Annexe : avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2022

Pour la première fois, un projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) soumet à l'approbation du Parlement des tableaux relatifs au dernier exercice comptable clos : des tableaux d'équilibre, qui sont des comptes de résultat synthétiques des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ; un tableau patrimonial, bilan d'ensemble des régimes, du FSV, de la caisse d'amortissement de la dette sociale et du fonds de réserve pour les retraites.

La Cour s'assure de la conformité des informations figurant dans ces tableaux avec les comptes des entités précitées, de la correcte élimination des opérations réciproques entre ces entités et de la qualité de l'information communiquée au Parlement.

Sous certaines observations, relatives notamment aux opinions qu'elle a émises sur les comptes du réseau des Urssaf et des branches de prestations du régime général de sécurité sociale, en particulier s'agissant de la branche famille qui fait l'objet d'un refus de certifier, la Cour estime qu'à travers ses tableaux d'équilibre et son tableau patrimonial, le PLACSS pour 2022

fournit une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde de la sécurité sociale, ainsi que des actifs et des passifs des entités comprises dans les champs respectifs à ces tableaux.

Les délais induits par la réforme de la procédure d'approbation des comptes doivent conduire à anticiper la date d'arrêt des comptes des régimes, la production des tableaux ainsi que celle à laquelle la commission des comptes de la sécurité sociale rend son avis. En effet, lors de ce premier exercice d'application de la réforme, les délais permettant à la Cour de rendre ses avis d'audit sont restés insuffisants.

La Cour formule ainsi 4 recommandations visant notamment à restaurer le niveau d'information existant avant la mise en place de la loi d'approbation des comptes, à avancer le calendrier de production des comptes en conséquence de l'instauration de cette loi et à renforcer la traçabilité et l'explicabilité des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre, qui comportent des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif.

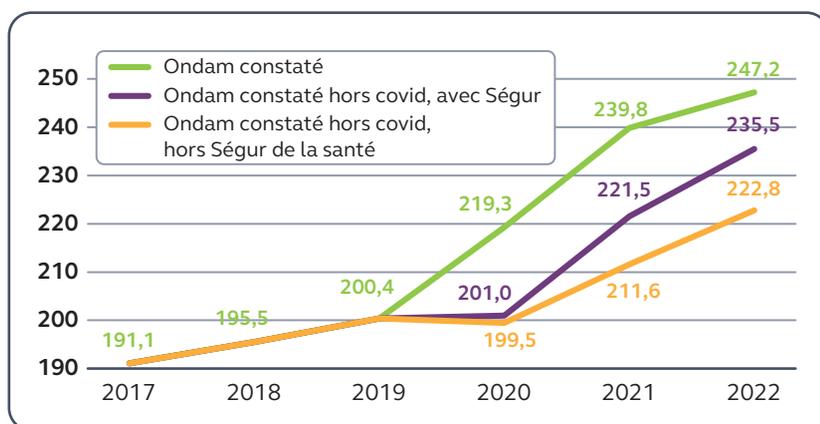
2 - L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2022

Les dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ont fortement augmenté, passant de 200,4 Md€ en 2019 à 247,2 Md€ en 2022, soit une progression de 5,6 % par an hors dépenses liées à l'épidémie de covid 19.

La progression était de 2,3 % par an sur la période 2017-2019. Après trois années de fortes hausses liées au « Ségur de la santé » et aux mesures pour tenir compte du choc inflationniste en 2022, il convient à présent de rechercher des économies d'efficacité du système de soins afin d'assurer le respect d'une trajectoire prévue beaucoup plus contrainte.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Évolution de l'Ondam à périmètre courant* (en Md€)



* Les dépenses d'Ondam hors covid, avec Ségur de la santé sont calculées à partir des surcoûts covid bruts.

Source : Cour des comptes d'après les informations communiquées par la DSS

Un fort dépassement de l'Ondam en 2022

En 2022, l'objectif initial de la LFSS a été dépassé de 10,4 Md€ (4,4 %) : les dépenses covid ont été supérieures de 6,8 Md€, à la provision initiale de 4,9 Md€ ; des mesures compensatoires de l'inflation ont coûté 2,7 Md€, dont 1,5 Md€ de revalorisations salariales et 0,8 Md€ de rallonges aux établissements de santé et médico-sociaux pour faire face à la hausse des charges d'énergie, de restauration et de produits médicaux. 0,7 Md€ de mesures d'urgence ont été prises pour majorer les heures supplémentaires et les temps de garde de nuit et de week-end des agents de la fonction publique hospitalière. Enfin, la dynamique d'activité a conduit à des dépenses non prévues de 1,5 Md€, notamment de produits de santé et d'indemnités journalières maladie. Ces dépenses ont été en majorité compensées (- 1,3 Md€) par de moindres dépenses finalement constatées en 2021.

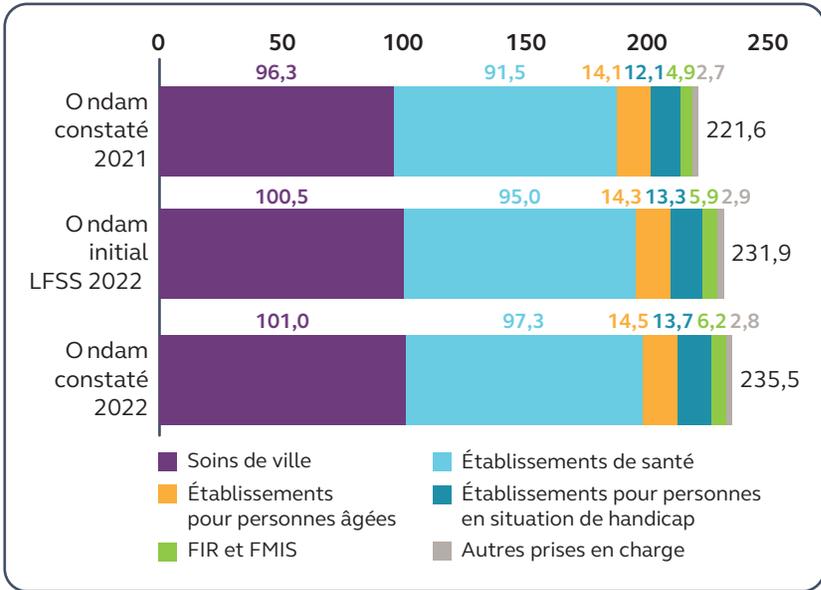
En dépit de l'ampleur des dépassements en 2022, et malgré des mesures de régulation, les dépenses relevant de l'Ondam n'ont pas fait l'objet d'une loi de financement rectificative de la sécurité sociale en cours d'année. Ces dépassements ont été entérinés par une modification de l'Ondam dans la partie rectificative pour 2022 de la LFSS pour 2023.

Par rapport à 2021, les dépenses constatées d'Ondam hors covid ont progressé de 6,3 %, soit 14 Md€. Cette dynamique porte en particulier :

- sur les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, en raison des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé (2,4 Md€) et de la revalorisation du point d'indice des fonctionnaires (1,5 Md€),
- sur les produits de santé (1,4 Md€),
- sur les indemnités journalières (1,1 Md€),
- et sur les honoraires médicaux et dentaires (1,1 Md€).

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Exécution 2022 de l'Ondam hors covid par sous-objectifs comparée à la LFSS et à l'exécution 2021 (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les informations de la direction de la sécurité sociale

Des incertitudes sur l'exécution de l'Ondam en 2023

Le montant de l'Ondam 2023 a été revu à la hausse (+ 0,7 Md€) dans la LFSS rectificative du 14 avril 2023 à 244,8 Md€, dont 1 Md€ encore liés à la crise sanitaire. L'objectif hors covid est en hausse de 3,8 % par rapport à 2022.

Cette évolution inclut l'extension en année pleine de la revalorisation du point d'indice à mi-année 2022 (1,4 Md€), la dernière étape des revalorisations du Ségur de la santé (0,6 Md€) et l'extension en année pleine de la majoration des horaires de garde

de nuit et de week-end (0,6 Md€). Des dépenses nouvelles (2,1 Md€) ont été inscrites en prévision des négociations sur les revalorisations conventionnelles avec les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes et les transporteurs sanitaires (0,7 Md€), ainsi que des besoins des établissements et services médico-sociaux (0,6 Md€) et des établissements de santé (0,5 Md€).

Des facteurs d'incertitudes pèsent sur le respect de cet objectif en 2023, notamment pour les dépenses de produits de santé. Les estimations d'économies demeurent limitées à 1,7 Md€.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Des réformes plus vigoureuses indispensables pour assurer le respect de l'Ondam

La progression de l'Ondam hors covid en 2023 reste en-deçà de 0,5 point de l'inflation attendue (+ 4,3 % hors tabac). Une telle évolution représente une forte contrainte, même si l'inflation ne se répercute pas intégralement sur les dépenses de l'Ondam. Cette contrainte serait maintenue en 2024 (progression inférieure de 0,2 point à l'inflation).

Le respect d'une telle trajectoire implique de rechercher des économies d'efficacité du système de soins. La Cour rappelle les nombreuses pistes de réforme qu'elle a identifiées, concernant notamment la réduction des rentes de situation, une meilleure organisation des acteurs du système de santé en fonction d'objectifs d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins, et un meilleur encadrement des dépenses les plus dynamiques.

Recommandations (ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et des comptes publics)

5. Rétablir le seuil d'alerte en cas de risque de dépassement de l'Ondam de 0,5 % sans distinction entre dépenses covid et hors covid ;

6. Réserver les provisions sur les établissements de santé et médico-sociaux aux dépenses imprévues, notamment aux charges additionnelles liées à l'inflation ;

7. Dans une perspective pluriannuelle, poursuivre plus vigoureusement les réformes visant une meilleure efficacité des dépenses de l'Ondam, notamment en remédiant aux dépassements par des dispositifs de régulation couvrant l'ensemble des secteurs.

3 - L'information du Parlement sur la situation financière des hôpitaux : des progrès nécessaires

Les financements que verse l'assurance maladie aux établissements de santé avoisinent les 100 Md€ par an, soit environ 40 % de l'objectif annuel des dépenses de santé (Ondam) voté par le Parlement. Au regard des enjeux de bon fonctionnement des établissements de santé, il importe que le Parlement ait une vision claire et complète de l'évolution de leur situation financière lors du vote de la LFSS.

Une annexe au PLFSS censée améliorer l'information du Parlement

La loi organique du 14 mars 2022 relative aux LFSS a créé une nouvelle annexe, jointe au PLFSS annuel (« l'annexe 6 »), dont l'objet est de présenter la situation financière des établissements de santé et médico-sociaux.

Auparavant, un rapport annuel présentait les actions menées en matière de financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

évolutions envisagées. Ce document ne consacrait qu'une place restreinte à l'analyse de la situation financière et, de surcroît, ne portait que sur les hôpitaux publics. Aucune information n'était fournie pour les cliniques à but lucratif et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

La Cour s'est attachée à apprécier la qualité de l'information portée à la connaissance du Parlement dans cette nouvelle annexe, produite pour la première fois en septembre 2022 à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Des informations encore insuffisantes

Sur un rapport de 61 pages, l'annexe en consacre seulement six à la situation financière des établissements de santé, dont une pour les cliniques à but lucratif et les Espic, avec des données fournies très limitées. Les informations sont trop succinctes pour comprendre comment se forment les résultats des établissements ou le lien entre les investissements décidés et l'évolution de l'encours de la dette financière.

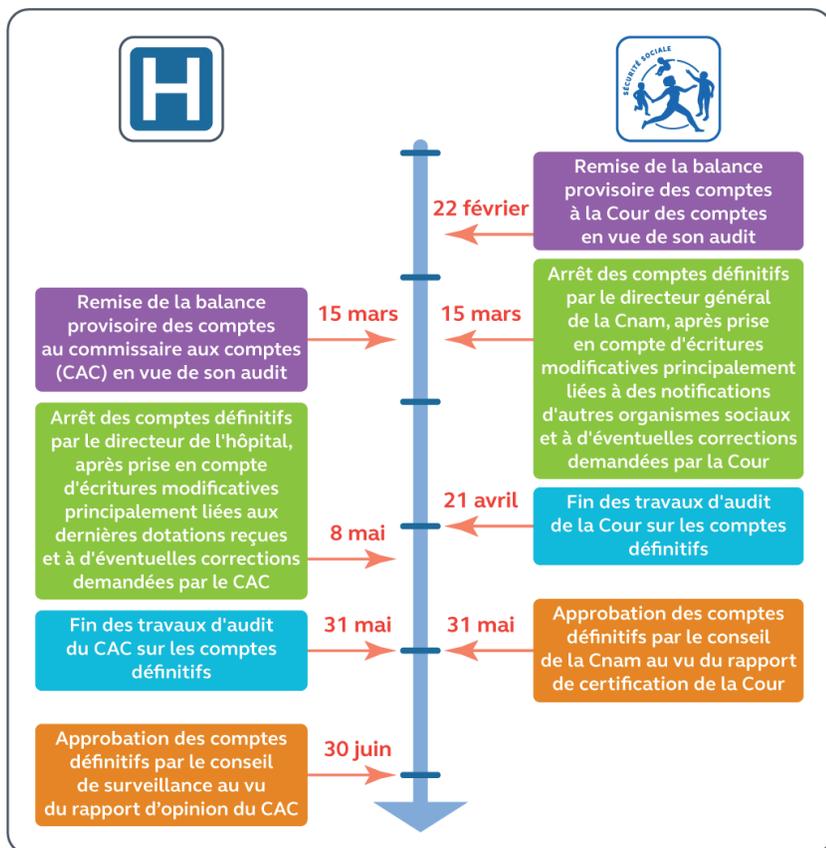
Une production de l'information sur les comptes à accélérer

L'annexe au PLFSS 2023, publiée en octobre 2022, analyse les comptes de 2020. Les résultats de 2021 y sont présentés pour les seuls hôpitaux publics et avec des précautions méthodologiques importantes, comme étant « *en cours de consolidation* » et « *provisoires* ». Cela est d'autant plus paradoxal que les résultats des comptes de l'assurance maladie de 2021 figuraient au PLFSS 2023 que l'annexe accompagnait.

Il conviendrait que le calendrier de production des comptes des établissements de santé, qui court actuellement jusqu'au 30 juin de l'année suivante, soit rapproché de celui des branches du régime général de sécurité sociale, afin d'être complété avant le dépôt de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année. Pour cela, le ministre de la santé devrait, comme il le faisait avant l'exercice 2017, prendre les décisions de dégel et de délégation des dernières dotations suffisamment tôt pour permettre aux agences régionales de santé (ARS) de les verser avant la fin de l'année aux établissements, et non à la mi-mars. Si nécessaires, des régularisations des montants versés pourraient intervenir au début de l'année suivante, au vu de l'activité réelle.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Délais comparés d'établissement des comptes des hôpitaux publics et de la branche maladie du régime général de sécurité sociale (« assurance maladie »)



Source : Cour des comptes

Note de lecture : les dates indiquées sont des dates limites

Des données et analyses supplémentaires à fournir

Il conviendrait que l'annexe fournisse une analyse des résultats financiers, en veillant à l'homogénéité des indicateurs de compte de résultat et de bilan entre les différentes

catégories d'établissement. Dans le contexte du programme d'investissement engagé dans le cadre du « Ségur de la santé », une attention particulière devrait être portée à l'analyse du niveau d'endettement des établissements, de manière rétrospective et prospective.

Une situation financière de la sécurité sociale à redresser

Recommandations

8. Produire, dans l'annexe 6 aux PLFSS des années 2024 et suivantes, pour les hôpitaux publics, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques à but lucratif :

- une analyse de l'activité de l'année et de son incidence sur les recettes ;

- une description des financements de toute nature perçus par les établissements de santé, des conditions de leur mise en réserve et de leur restitution, et des conditions d'attribution complémentaire d'aides en trésorerie à certains établissements en difficulté ;

- une analyse rétrospective et prospective des trajectoires d'investissement et d'endettement, en particulier pour les établissements surendettés (*ministère de la santé et de la prévention*) ;

9. Fournir, en vue de la préparation de l'annexe aux PLFSS 2024 et suivants, un niveau d'analyse de la situation financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif équivalent à celui relatif aux hôpitaux

publics et aux cliniques à but lucratif, et calculer des indicateurs financiers identiques pour les trois catégories d'établissements (*Atih et ministère de la santé et de la prévention*) ;

10. Attribuer aux établissements de santé, avant le 31 décembre, la totalité des dotations dues au titre de l'année n ; en cas de dépassement constaté de l'objectif de dépenses des établissements de santé, compenser le trop-versé en ajustant, à due concurrence, le montant des dotations de l'année n+1 (*ministère de la santé et de la prévention*) ;

11. Avancer la date limite de l'arrêté définitif des comptes des hôpitaux publics pour la rapprocher de celle de l'assurance maladie (15 mars) et fixer la date limite d'approbation des comptes des hôpitaux par leurs conseils de surveillance avant celle du dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (avant le 1^{er} juin) (*ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère de la santé et de la prévention*).



2 Des réformes à poursuivre

Les quatre chapitres de cette deuxième partie du rapport évaluent la mise en œuvre de mesures décidées récemment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

Le bilan dressé illustre la nécessité de poursuivre les efforts de réforme, qu'il s'agisse des expérimentations portant sur des règles dérogatoires à l'organisation et à la tarification des soins (chapitre IV), de l'organisation de l'aide médicale urgente et des soins non programmés en ville (chapitre V), de l'indemnisation des congés de maternité et de paternité (chapitre VI) ou de la lutte contre la fraude aux prestations sociales (chapitre VII).

1- Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins : un premier bilan de la méthode promue par l'article 51 de la LFSS 2018

Les limites des règles d'organisation et de financement des soins

L'organisation du système de santé reste cloisonnée et dispersée, ce qui ne

facilite pas l'intervention coordonnée et efficiente des professionnels de santé au bénéfice des patients, notamment de ceux, de plus en plus nombreux, atteints de pathologies chroniques.

Un cadre général d'expérimentation

Entre 2007 et 2017, 23 expérimentations avaient permis d'encourager des initiatives de professionnels de terrain. Peu d'entre elles avaient donné lieu à généralisation. Certaines n'ont pas été mises en œuvre, ou l'ont été partiellement. D'autres n'ont pas été poursuivies. Présenté comme une rupture, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a institué un cadre juridique pour déroger à titre expérimental à des règles générales d'organisation ou de tarification, qui devait faciliter le recours aux expérimentations et leur généralisation.

Des réformes à poursuivre

Expérimenter des règles de rémunération dérogatoires

Le cadre dérogatoire de « l'article 51 » a pour but d'encourager les professionnels de santé à adopter une approche transversale des enjeux de santé sans être bloqués par les règles de financement habituelles.

La quasi-totalité des expérimentations comportent des innovations en matière de financement, en instituant des prises en charge partagées entre la ville et l'hôpital, ou de nouvelles modalités de rémunération des soins

en ville (notamment concernant l'intervention conjointe de plusieurs professionnels libéraux).

À fin 2022, plus de 120 projets ont été sélectionnés au titre de « l'article 51 » parmi 1 073 dossiers de candidature déposés. Le total des dépenses prévisionnelles (jusqu'en 2026) des projets aujourd'hui autorisés atteint 511 M€. De 2018 à 2022, les dépenses effectives cumulées se sont élevées à 180 M€.

Un trop plein d'expérimentations, un processus d'évaluation et de tri à reconsidérer, une stratégie de généralisation à organiser

Afin de ne pas écarter a priori des initiatives de terrain, les pouvoirs publics ont décidé de ne déterminer ni thématique prioritaire ni nombre maximal de projets à autoriser, au-delà de quelques grandes orientations nationales (santé mentale, structuration des soins primaires, maladies chroniques, décloisonnement de la prise en charge, personnes âgées et handicapées, pertinence et qualité des soins). Les projets sont examinés au fur et à mesure de leur dépôt, sans vision globale ni comparative entre eux.

Les expérimentations autorisées sont variées en termes de taille, de délai, de territoire de déploiement, de ressources mobilisées, d'objet, d'organisation et de financement ; certaines semblent se faire concurrence ou sont redondantes. À titre d'exemple, 16 expérimentations portent sur les personnes âgées ; 11 sur l'obésité ; 13 sur la santé mentale.

Le grand nombre d'expérimentations conduites simultanément rend l'exercice d'évaluation complexe. La revue systématique et le tri des projets n'ont pas encore été engagés et la stratégie pour préparer la généralisation de celles qui paraissent pertinentes, dans le respect de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, tarde à être définie.

Des réformes à poursuivre

Un processus de généralisation à organiser

Les travaux de généralisation devraient être conduits sous l'autorité d'une structure coordonnant l'action du ministère chargé de la santé et de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Les travaux à engager concernent notamment les

systèmes d'information, l'évolution des compétences et des métiers, la formation et la coordination. Ils auraient dû être engagés bien avant l'échéance des expérimentations, ce qui aurait raccourci la phase de préparation d'entrée dans le droit commun.

Des orientations doivent être données pour conduire les évolutions juridiques

et techniques nécessaires aux généralisations.

Recommandations *(ministère de la santé et de la prévention)*

12. Limiter le flux d'entrée de nouveaux projets, en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations prioritaires ;

13. Procéder à une analyse globale de l'évaluation des expérimentations relevant d'une même thématique et des impacts qui en résulteraient sur le système de santé et les dépenses d'assurance maladie avant de décider de leur généralisation ;

14. Prévoir la généralisation anticipée des expérimentations les plus prometteuses et l'arrêt avant leur terme de celles n'ayant pas répondu aux attentes ;

15. Identifier, dès la mise en œuvre des expérimentations, les conditions pratiques de leur généralisation, notamment en matière de compétences attendues des professionnels de santé ou d'évolution des systèmes d'information de prise en charge des patients et de facturation des soins ;

16. Organiser la conduite des chantiers de généralisation des expérimentations dans un cadre coordonné entre les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie.

2 - Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre

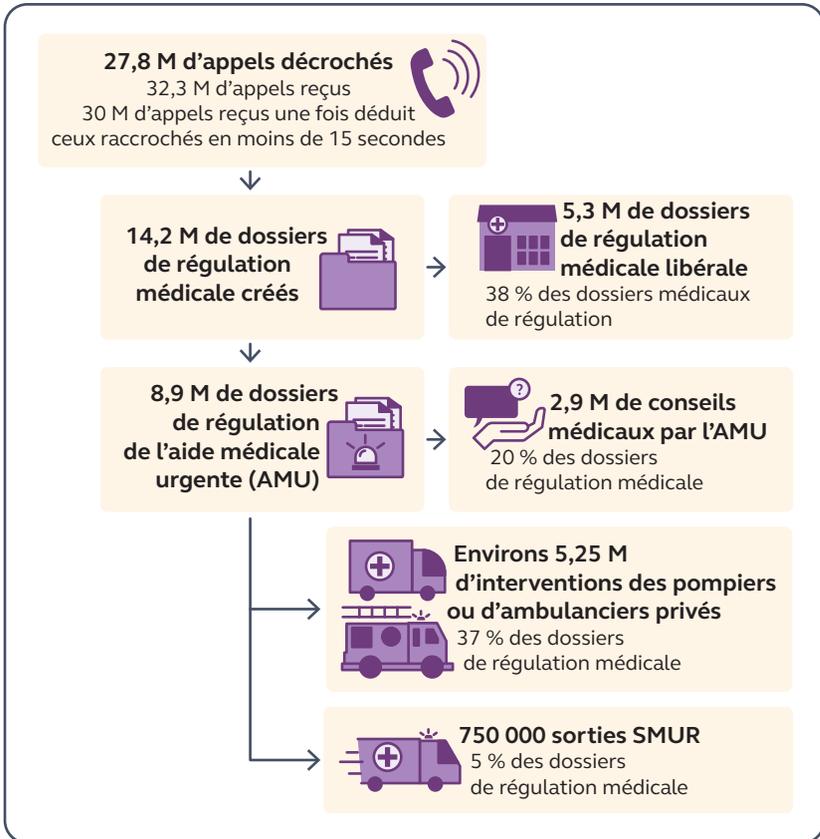
La sollicitation accrue des Samu pour des soins sans enjeu vital

En sept ans, depuis 2014, le nombre d'appels reçus par les services

d'aide médicale d'urgence (Samu) a augmenté de 22 %, notamment du fait de la croissance des demandes de soins non programmés relevant de la médecine de ville et des besoins de transports vers les établissements hospitaliers pour des soins urgents mais n'engageant pas le pronostic vital.

Des réformes à poursuivre

Répartition des appels aux Samu



Sources : Cour des comptes à partir des données SAE, Cnam et statistiques du ministère de l'intérieur, 2021

Des adaptations en cours

Une réforme des transports sanitaires urgents est intervenue en 2022, qui prévoit notamment une extension des plages de garde et une meilleure rémunération des ambulanciers

privés, pour un coût annuel d'au moins 107 M€, afin d'offrir aux patients une garantie de transport sanitaire vers les établissements de santé.

Les services d'accès aux soins (SAS), qui associent les Samu et des médecins

Des réformes à poursuivre

régulateurs libéraux, ont été créés en 2021 pour éviter des sollicitations inutiles des services d'urgence hospitaliers pour des patients pouvant être pris en charge en ville. Les modalités de gouvernance des SAS restent à encore à préciser ; un texte réglementaire d'application de la loi est toujours attendu. Le succès du déploiement des SAS dépendra de la montée en puissance de l'organisation territoriale de la médecine de ville, à travers les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

D'autres adaptations à envisager

La sphère d'action des Samu et des Smur est départementale. Compte tenu de leur niveau d'activité variable, le rapprochement de certains services de régulation médicale pourrait être envisagé. Le recours à des infirmiers, lorsque cela est possible, pourrait éviter une mobilisation inutile du temps d'activité de médecins.

La sécurité et la qualité de la prise en charge des demandes traitées par les Samu demeure un enjeu important : la fonction d'assistant de régulation médicale, insuffisamment attractive, souffre d'un manque de professionnels formés ; les indicateurs de qualité de service ont stagné depuis 2016, voire ont légèrement régressé, malgré l'engagement d'un plan national « Qualité-Samu » fin 2018.

Après l'échec du projet national SI-Samu, la modernisation des outils numériques dont disposent les Samu à travers la mise en œuvre d'un projet redimensionné est une priorité.

Enfin, un recueil de description médicalisé de l'activité des SAS et des Samu est nécessaire pour définir les meilleures solutions de prise en charge des patients sur un territoire donné.

Des financements en croissance forte dont l'impact doit être évalué

Le coût des Samu-Smur est évalué à 1,2Md€ par an. Les Samu ont bénéficié d'un rattrapage devenu indispensable, avec une forte progression des crédits alloués en 2020 et 2021 (+ 81 M€). Le financement des Smur (837 M€ en 2020) n'est plus identifié depuis 2021 mais conjoint avec celui des services d'urgence depuis une réforme de 2021.

Hors Smur, le coût total des dispositifs concourant au fonctionnement des Samu et des SAS aura, en projection, augmenté de 46 % en 2022 par rapport à 2016 et pourrait atteindre 965 M€ en 2023 (soit + 62 % par rapport à 2016).

Les ARS doivent se mettre en situation de mieux mesurer l'impact de l'ensemble de ces financements sur l'accès de la population aux soins adéquats.

Des réformes à poursuivre

Recommandations (ministère de la santé et de la prévention)

17. Adapter le maillage territorial des plateformes de régulation médicale (Samu) pour mettre en adéquation leur niveau d'activité et les ressources à mobiliser.

18. Moduler davantage les types d'intervention de l'aide médicale urgente en fonction des besoins locaux, afin d'utiliser à bon escient les ressources médicales (Smur, transports infirmiers inter-hospitaliers, équipe paramédicalisée de médecine d'urgence).

19. Piloter de manière effective le déploiement des services d'accès aux soins, afin d'évaluer leur effet sur la pertinence des réponses aux demandes de soins non programmés de ville.

20. Renforcer le suivi du plan national « Qualité Samu » et étendre aux activités médicales de régulation le champ de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales.

21. Respecter en 2024 le nouvel objectif de déploiement de systèmes d'information modernisés de régulation médicale (17 Samu équipés).

22. Organiser un recueil de description médicale de l'activité des services de régulation médicale et d'accès aux soins, afin d'établir des référentiels de prise en charge dans un territoire.

3 - Les dépenses de congés de maternité et de paternité : des droits élargis, des progrès de gestion nécessaires

Une dépense peu dynamique, dans un contexte de recul de la natalité

Les caisses de sécurité sociale ont versé près de 3,3 Md€ de prestations pour les arrêts de maternité et de paternité en 2021, dont 328 M€ d'indemnités journalières (IJ) de paternité. Ces montants sont en hausse de 9 % entre 2014 et 2021 (+ 18,8 % pour les seuls congés de paternité) alors que dans le même temps, la natalité a reculé de 10 %.

Cette évolution résulte de la hausse de l'assiette des salaires qui sert au calcul des IJ (+ 2 % par an sur la période) et de l'augmentation de la durée des congés (+ 3 jours).

Des droits de plus en plus proches, mais quelques disparités résiduelles

Les conditions d'ouverture des droits et les modalités de calcul des prestations pour les actives indépendantes ou exploitantes agricoles se sont rapprochées des règles en vigueur pour les salariées. Cependant, des différences subsistent, qui mériteraient d'être supprimées, pour les durées des congés d'adoption et des congés pathologiques.

Des différences dans l'usage du droit à congé de maternité par les mères

Les mères salariées prennent un congé dans la quasi-totalité des cas. Il en va différemment pour les indépendantes et les exploitantes agricoles : en 2021, seulement six sur dix prenaient leur congé de maternité. Les durées moyennes de ces congés ne sont en outre pas les mêmes selon les professions.

Des réformes à poursuivre

Durée moyenne des congés de maternité pris

En jours	2014	2021	Progression
Salariées régime général	105	108 soit 15,4 semaines	3 %
Salariées agricoles	125	121 soit 17,3 semaines	-3 %
Exploitantes agricoles	91	91 soit 13,0 semaines	0 %
Indépendantes	73	98 soit 14,0 semaines	34 %

Source : Cour des comptes

Des droits à congé de paternité plus longs mais diversement utilisés

Le congé de paternité a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Sa durée était alors de onze jours, en complément des trois jours du congé de naissance rémunérés par l'employeur. Depuis 2021, sa durée légale a été portée à 25 jours pour une naissance unique, quel que soit le régime d'affiliation du père (salarié du régime général, indépendant ou agriculteur).

En 2021, les pères faisant usage de leur droit à congé se sont arrêtés 22 jours en moyenne (sur les 25 jours possibles). Cependant, selon une étude⁴ portant sur la période de 2010 à 2017, si 74 % des pères ont, en moyenne, fait usage de leur droit à congé de paternité, ils ne sont que 33 % parmi les travailleurs indépendants. Par ailleurs, les pères salariés en CDI font davantage usage de leur droit à congé de paternité (87 %) que les salariés en contrat à durée déterminée (65%).

Des circuits de financement à clarifier

Depuis leur création, le congé de maternité et le congé d'adoption sont financés par la branche maladie, tandis que le congé de paternité est financé par la branche famille. Il n'y a pas de justification claire à cette disparité. La LFSS 2023 a prévu un transfert de la branche famille à la branche maladie correspondant à la couverture du congé post-natal, pour environ 2 Md€. Il conviendrait d'achever le transfert des dépenses à la branche famille, en veillant à assurer son équilibre financier.

De longs délais de versement, des risques de fraudes

En 2021, les délais de versement ont été de 34,5 jours pour les indemnités versées aux mères, 42,6 jours pour celles versées aux employeurs en remboursement de l'avance faite par ces derniers aux salariés (subrogation). Sans attendre la généralisation de la subrogation, la transmission aux caisses de sécurité sociale des attestations de salaire nécessaires au calcul des indemnités devrait être fondée sur la déclaration sociale nominative.

4. « Quels freins limitent encore le recours au congé paternité chez les jeunes pères », 2022, étude sur la période 2010-2017, Céreq.

Des réformes à poursuivre

Des zones de risque importantes

En cas de reprise anticipée du travail non signalée par l'employeur, le versement des indemnités est interrompu à la date présumée de la naissance et la poursuite des versements est subordonnée à la réception par la CPAM de l'acte de naissance de l'enfant. Cette vérification n'existe pas pour les indépendantes, qui attestent sur l'honneur leur interruption d'activité,

souplesse qui est source de fraudes avérées.

Le non cumul des indemnités journalières et d'autres prestations - de Pôle emploi pour le chômage, ou de la Cnam elle-même pour les pensions d'invalidité - doit aussi faire l'objet d'une vérification au cas par cas par les caisses, à leur initiative. Le système d'information ne fournit pas d'alerte.

Un suivi insuffisant, défavorable à la prévention et au contrôle des congés pathologiques.

Les dépenses de congés pathologiques ne sont pas identifiées en tant que telles, et les durées correspondantes sont incluses dans les durées globales observées pour les congés maternité. Les médecins ne sont pas tenus de préciser le motif des arrêts délivrés. La Haute autorité de santé n'a pas émis de recommandation relative à la prescription du congé pathologique. Le service médical de la Cnam n'analyse pas non plus les motifs des arrêts.

Cette méconnaissance générale des congés pathologiques est regrettable. La disponibilité de données permettrait de mieux apprécier la santé des femmes actives pendant et après leur grossesse, les liens éventuels avec la prématurité des nouveau-nés ou le handicap à la naissance. Les liens avec le temps de trajet quotidien ou avec les conditions de travail par secteur d'activité mériteraient d'être étudiés, dans une perspective de prévention.

Recommandations

23. Achever le transfert du financement des congés de maternité et de paternité vers la branche famille en veillant à préserver l'équilibre financier de la branche (*ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf*) ;

24. Développer des outils statistiques de suivi de la santé des femmes enceintes et du non recours au congé de maternité (*ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam, Cnaf*) ;

Des réformes à poursuivre

25. Afin d'améliorer le suivi et de réduire les délais de versement des indemnités journalières, limiter à la seule déclaration sociale nominative l'information relative aux arrêts de travail liés à la grossesse en provenance des employeurs (*ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnam*) ;

26. Aligner la durée des droits relatifs au congé d'adoption et au congé pathologique des non-salariés sur celle des salariés (*ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées*).

4 - La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique, à renforcer encore

En septembre 2020, la Cour des comptes a formulé, dans une communication adressée à la commission des affaires sociales du Sénat, une quinzaine de recommandations pour lutter plus efficacement contre la fraude aux prestations sociales. La Cour a souhaité examiner dans un délai rapide les suites données à ses recommandations et porter une appréciation actualisée sur les actions visant à lutter contre les fraudes, dans un contexte modifié par de nouvelles dispositions introduites par les LFSS, par des réorganisations administratives et par les incidences de la crise sanitaire.

Des mesures législatives nombreuses, qui restent pour l'essentiel à appliquer

Les dernières lois de financement de la sécurité sociale ont prévu diverses mesures utiles, mais certains textes d'application restent à publier et certains chantiers informatiques

nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures à finaliser.

Une action administrative mise en tension

En décembre 2020, les ministres chargés de la santé, du travail et des comptes publics ont confié au directeur de la sécurité sociale une feuille de route fixant cinq orientations à la lutte contre la fraude sociale⁵. Créée en juillet 2020, la mission interministérielle de coordination antifraude (Micaf) joue un rôle actif d'impulsion et de coordination.

Des progrès encore insuffisants d'évaluation du montant des fraudes

La Cnaf évalue périodiquement depuis 2010 de manière solide la fraude aux prestations légales (2,8 Md€ en 2021).

La Cnav estime les indus résultants d'erreurs fautives, mais pas spécifiquement la part de fraudes intentionnelles qu'elles peuvent comporter. Pour les bénéficiaires du minimum vieillesse, qui est la principale

5. L'établissement d'éléments de cartographie comprenant une estimation biennale des montants ; la lutte contre les fraudes aux prestations commises par les assurés ; la lutte contre les fraudes des professionnels de santé en ville et des établissements ; la lutte contre les fraudes aux prélèvements sociaux ; le recouvrement des indus frauduleux.

Des réformes à poursuivre

prestation pour laquelle les caisses de retraite détectent des fraudes et des fautes, la condition de résidence effective en France, d'une durée de six mois, est contrôlée à partir de la détection d'anomalies éventuelles dans les informations disponibles.

De son côté, la Cnam s'est fixée l'horizon 2024 pour achever les travaux d'évaluation qu'elle a récemment engagés. Ceux-ci ne couvrent pour l'instant que 27 % du total des prestations légales versées par l'assurance maladie. L'application d'une simple règle de trois aux montants déjà estimés conduit à un montant de fraudes de l'ordre de 3,8 à 4,5 Md€. Seule l'extension à

l'ensemble du champ des prestations (hors forfaits aux professionnels de santé et dotations aux établissements) des travaux déjà engagés permettra de disposer d'une estimation rigoureuse des montants en jeu.

Des actions de contrôles à renforcer substantiellement

Comparés aux estimations disponibles de la fraude, les montants des fraudes effectivement détectés par les contrôles conduits par les caisses de sécurité sociale sont modestes. Les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion (COG) doivent impérativement leur fixer des objectifs plus ambitieux.

Estimations disponibles des fraudes aux prestations

	Montant estimé de fraudes et de fautes	En % du montant des dépenses concernées	Montant détecté de fraudes et de fautes	% détecté du montant estimé de fraudes et de fautes
CAF (2020)	2,5 à 3,2 Md€	3,1 à 4,0 %	0,3 Md€	11,0 %
C2S (2018)	177 M€	8,7 %	1,4 M€	0,8 %
Médecins généralistes (2018 2019)	185 à 215 M€	3,1 à 3,5 %	3,7 M€ (2019) 4 M€ (2018)	1,7 à 2,2 %
Infirmiers (2018)	286 à 393 M€	5,0 à 6,9 %	17,8 M€	4,5 à 6,2 %
Masseurs-Kinésithérapeutes (2018 2019)	166 à 234 M€	5,2 à 6,7 %	7,9 M€ (2019) 11,3 M€ (2018)	1,8 à 2,8 %
Pharmaciens (2018-2019)	91 à 105 M€	0,5 à 0,6 %	4,3 M€ (2019) 4,7 M€ (2018)	8,8 à 10,8 %
Transport de patients (2018 2019)	145 à 177 M€	3,9 à 4,9 %	6,9 M€ (2019) 12,3 M€ (2018)	4,8 à 6,9 %
Retraite (2020)	100 à 400 M€	0,1 à 0,3 %	19,7 M€	4,9 à 19,7 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la Cnaf (fraudes) de la Cnam (fraudes et fautes), de la Cnav (fautes)

Des actions à mener de manière prioritaire

L'assurance maladie doit notamment s'attacher à mettre en échec les

surfacturations émanant des professionnels et des établissements de santé, en faisant évoluer ses systèmes informatiques de gestion des remboursements pour qu'ils puissent

Des réformes à poursuivre

effectuer des contrôles automatiques des factures qui lui sont présentées. La dématérialisation des ordonnances médicales permettra aussi d'éviter le règlement indu de prestations non conformes aux prescriptions.

Le recouvrement des indus constitue aussi une priorité. L'assurance maladie doit faire usage de la possibilité qui lui a été ouverte par la LFSS 2023 d'extrapoler, de manière contradictoire, à l'ensemble de l'activité d'un professionnel, les indus constatés à l'occasion d'un contrôle partiel. La branche famille

doit, quant à elle, faire évoluer ses systèmes d'information pour recouvrer les indus sur l'ensemble des périodes non prescrites (cinq ans ou plus), au lieu de deux ou trois ans aujourd'hui.

Des actions plus fermes et vigoureuses doivent être menées par l'ensemble des branches pour sanctionner les auteurs des fraudes, notamment en cas de récidive.

La Cour réitère ses recommandations antérieures et en formule de surcroît quatre nouvelles.

Recommandations

27. Publier les textes réglementaires permettant d'assurer une application rapide et entière des dispositions organiques et législatives parues depuis 2020 qui concourent à lutter plus efficacement contre la fraude sociale (*ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*);

28. Adapter les systèmes d'information afin de constater et mettre en recouvrement les indus frauduleux sur l'ensemble des périodes non prescrites selon les règles de droit en vigueur (*ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnaf et Cnam*);

29. Dans le cadre du projet METEORe de refonte de la chaîne informatisée de règlement des frais de santé, déployer des contrôles automatisés permettant de bloquer les règlements de l'ensemble des facturations des professionnels et des établissements de santé qui présentent un caractère irrégulier au regard des nomenclatures tarifaires en vigueur (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam*);

30. Afin de réduire notablement les fraudes non détectées, porter dès 2024 le nombre de contrôles a posteriori à un niveau plus élevé que celui de 2019, antérieur à la crise sanitaire (*ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Cnaf, Cnam et Cnav*).



3 Des évolutions nécessaires

La Cour s'est intéressée à quatre domaines qui n'ont pas fait l'objet de réformes ou mesures récentes dans le cadre des lois de financement de sécurité sociale.

Les enquêtes conduites mettent en évidence la nécessité de mieux prendre en compte des enjeux variés, qu'il s'agisse des conditions à réunir pour rendre plus efficaces les actions de l'assurance maladie portant sur la pertinence des actes et prescriptions médicales (chapitre VIII), des écarts de pensions de retraite entre les femmes et les hommes (chapitre IX), de la gestion du régime de sécurité sociale du secteur maritime (chapitre X) ou de celle des litiges entre les assurés et les organismes de sécurité sociale (chapitre XI).

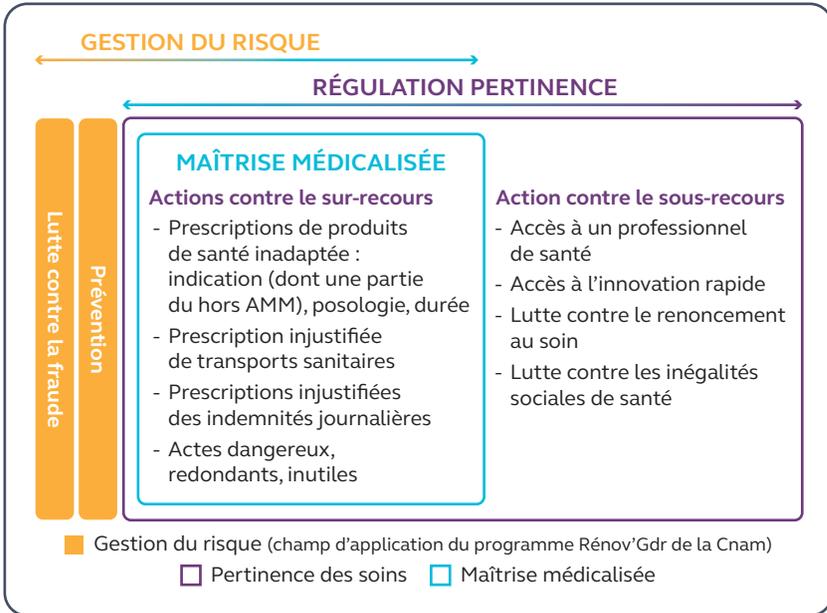
1 - La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie

Au tournant des années 90 et 2000, il est apparu que le respect des objectifs d'évolution des dépenses maladie nécessitait d'agir sur les pratiques médicales afin de favoriser à la fois l'utilisation, à efficacité égale, des techniques les moins coûteuses et la réduction du nombre des actes réalisés et des produits dispensés inutilement.

La maîtrise médicalisée participe à la gestion du risque, au côté de la lutte contre la fraude et de la prévention. Elle a aussi pour but la pertinence de la dépense, en recherchant à éviter un recours inutile aux soins.

Des évolutions nécessaires

Gestion du risque, maîtrise médicalisée et pertinence des soins



Source : Cour des comptes

Les actions de maîtrise médicalisée se matérialisent, pour l'essentiel, par de l'information (courriers) et par des visites de délégués de l'assurance-maladie et de médecins conseils auprès des professionnels de santé,

afin de les inciter à améliorer leurs pratiques. Elles ne visent pas à sanctionner les professionnels ou les patients, contrairement, par exemple, à la lutte contre la fraude.

Un champ d'application étroit

La maîtrise médicalisée a concerné jusqu'ici un champ d'application étroit, réduit pour l'essentiel aux médicaments, soit pour en limiter la prescription lorsqu'elle est peu justifiée, soit pour favoriser leur fourniture sous la forme plus économique de génériques ou de biosimilaires (équivalent des

génériques pour les médicaments biologiques). Elle ne s'est appliquée qu'aux dépenses de « soins de ville » de l'Ondam, c'est-à-dire aux prescriptions émises par les médecins généralistes, par les spécialistes et les dentistes, ainsi qu'à celles, de plus en plus nombreuses, formulées à l'hôpital mais exécutées en ville.

Des évolutions nécessaires

Des objectifs d'économies peu documentés, des résultats mal étayés

Alors que l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a pu estimer que « *près d'un cinquième des dépenses de santé apportent une contribution nulle, ou très limitée, à l'amélioration de l'état de santé de la population*⁶ », un objectif d'économies annuelles compris entre 700 M€ et 800 M€ est demandé à l'assurance maladie. Cet objectif apparaît limité, au regard du ratio précité, qui conduirait à 12 à 18 Md€ des prescriptions, de toute nature, effectuées par les médecins de ville.

Le rendement financier des actions conduites fait l'objet d'évaluations

selon des méthodologies discutables : le chiffrage des économies envisagées ne repose pas sur une simulation ou sur une prospective argumentée des effets des actions prévues, lesquelles ne sont pas détaillées. Le montant indiqué repose essentiellement sur une reconduction de l'objectif affiché l'année précédente. La maîtrise médicalisée s'exprime ainsi comme un objectif macro-économique, au fondement flou, censé sécuriser l'Ondam. L'assurance maladie produit, chaque année, un tableau affichant le montant des économies considérées comme réalisées grâce à la maîtrise médicalisée, détaillées par type de dépense. Les montants d'économies présentés⁷ doivent cependant être lus avec réserve.

Une mesure des résultats peu convaincante

Selon l'annexe n° 1 du PLFSS les économies imputables à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé résultent de la différence entre « *le montant tendanciel* », c'est-à-dire le « *montant qui aurait été réalisé sans intervention de l'assurance maladie* », et « *le montant observé des dépenses d'assurance maladie* ». Or, aucun élément précis n'est communiqué à l'appui des chiffres pour expliquer comment le « *tendanciel* » est estimé, et comment est évaluée la part des économies imputable aux actions de maîtrise médicalisée.

De plus, les économies réalisées sont généralement inférieures à celles annoncées dans le PLFSS initial. Le calcul du niveau tendanciel des dépenses est aussi sujet à caution. Enfin, la présentation des économies tend à les attribuer en totalité à la maîtrise médicalisée alors qu'elles peuvent résulter de multiples facteurs autres que la rationalisation des pratiques : démographie, épidémiologie, innovations techniques.

6. « *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé* », OCDE, 2017.

7. De 376 à 708 M€, selon les années entre 2015 et 2019.

Des évolutions nécessaires

L'impact de la maîtrise médicalisée apparaît limité, au regard des comparaisons internationales qui situent la France en mauvaise place par rapport à ces voisins européens : malgré trente années de mise en œuvre, avec une consommation de

médicaments par habitant et par an dans la moyenne des pays de l'OCDE (589 \$ en 2021), la France reste éloignée des pays les moins dispendieux (301 \$ pour le Danemark, 419 \$ pour les Pays-Bas), soit une différence de l'ordre de 11 à 19 Md€.

La consommation de médicaments, des résultats encore insuffisants

Les génériques représentent, dans le total des prescriptions de médicaments (dans et hors répertoire), en France, 38 % du marché en volume (920 millions de boîtes) et 19 % en valeur (3,615 Md€), contre une moyenne européenne de 60 % en volume (80 % en Allemagne).

S'agissant des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé polypathologique, l'étude *REview of*

potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e S]), réalisée en 2021, a constaté que 657 M€ de prescriptions étaient inappropriées (médicament non indiqué au regard du diagnostic, voire dangereux ; dose trop forte ; durée trop longue ; duplication médicamenteuse), dont 507 M€ ont été remboursés par l'assurance maladie et auraient donc pu être économisés.

Au-delà des ajustements récemment mis en œuvre par la Cnam à travers son programme « *Rénov'GDR* », un nouvel élan doit être donné aux politiques de recherche d'efficacité des pratiques médicales. Cela suppose de concevoir et de mettre en œuvre avec résolution les outils qui font défaut ou sont insuffisamment développés aujourd'hui, principalement les

référentiels de pratique à l'attention des professionnels de santé, ainsi que la codification des diagnostics et des prescriptions sous la forme de données structurées pour en permettre des exploitations numériques, tant par les médecins prescripteurs que par l'assurance maladie pour la conception et la mise en œuvre de ses actions de maîtrise.

Recommandations

31. Justifier les économies attendues au titre des actions de maîtrise médicalisée inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, en précisant les déterminants de la dépense (prix et volume)

retenus pour fixer les objectifs d'économie, et détailler le mode de calcul des résultats pour le dernier exercice connu (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam*) ;

Des évolutions nécessaires

32. Enrichir les données médicales et de vie du patient et les organiser en vue de leur consolidation au niveau national, afin d'améliorer les actions de maîtrise médicalisée et leur évaluation (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam*) ;

33. Rendre obligatoire l'utilisation de la prescription électronique, notamment pour les médicaments et les dispositifs médicaux, ainsi que la mention des indications médicales justifiant ces prescriptions (*ministère*

de la santé et de la prévention, Cnam) ;

34. Faire appliquer plus rigoureusement l'obligation pour le prescripteur de mentionner sur les ordonnances l'utilisation des médicaments en dehors du champ prévu par leur autorisation de mise sur le marché (« hors-AMM ») et encadrer plus précisément cette utilisation (durée, posologie...) (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam, ANSM, HAS*).

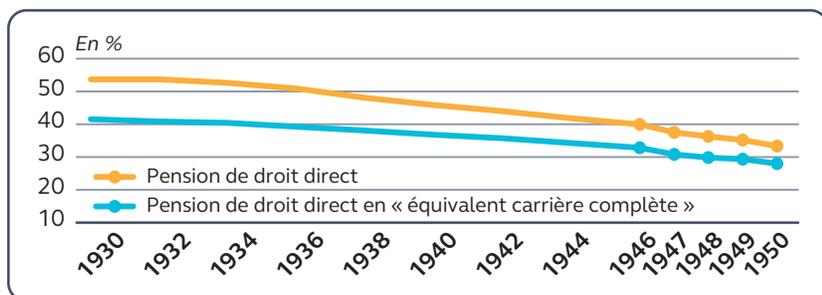
2 - Les retraites des femmes : une réduction des écarts avec celles des hommes à poursuivre

Des écarts de pension persistants

Alors que la loi a fixé au système de retraite par répartition des objectifs de solidarité, notamment celui d'assurer

l'égalité entre les femmes et les hommes, les pensions de droit direct perçues par les femmes étaient, en 2020, inférieures de 40 % à celles des hommes (respectivement 1 154 et 1 931 €). L'importance des écarts de pension s'est cependant réduite durant les dernières décennies.

Évolution des écarts de pension de droit direct entre les femmes et les hommes, par génération



Lecture : la pension de droit direct des femmes née en 1930 est en moyenne inférieure de 54 % à celle des hommes. Cet écart est de 42 % en «équivalent carrière complète» c'est-à-dire dans l'hypothèse où la durée validée dans le régime correspond à la durée requise pour le taux plein.

Champ : retraités résidant en France ayant perçu une pension de droit direct.

Source : Drees

Des évolutions nécessaires

Des causes diverses

Cette situation s'explique principalement par le fait que les montants des pensions sont directement en relation avec les durées d'activité professionnelle et les revenus tirés de ces activités. Or, malgré

des progrès notables, il y a moins de femmes que d'hommes en activité ; celles qui le sont ont trois fois plus souvent que les hommes un emploi à temps partiel et les salaires horaires des femmes restent inférieurs à ceux des hommes.

Des taux d'activité en hausse, des écarts de salaire persistants

La part des femmes en emploi ou au chômage a augmenté de 30 points depuis 1975, pour atteindre, en 2020, 67,6 % contre 74,5 % pour les hommes. Parmi celles-ci, 27,4 % sont à temps partiel contre 8,4 % des hommes.

L'écart de salaire moyen entre les femmes et les hommes s'est légèrement réduit en 25 ans, passant de 27,4 % en 1995 à 22,3 % en 2019. Il reflète à la fois, pour près des trois-quarts, des écarts de salaire horaire et, pour le reste, des écarts de nombre d'heures de travail dans l'année du fait d'une activité plus souvent à temps partiel.

À ces causes principales, s'ajoutent les effets de règles générales de calcul du montant de la pension, dont certaines ont évolué à l'occasion des réformes des retraites intervenues depuis 1993.

Ainsi la décote, qui s'applique lorsque l'assuré n'a pas l'ensemble des trimestres requis pour bénéficier d'une pension à taux plein, pénalise particulièrement les femmes, dont les carrières sont plus souvent incomplètes, sauf à ce qu'elles repoussent l'âge de leur départ à la retraite. Grâce à la progression du taux d'emploi des femmes, l'écart entre les âges moyens de départ à la retraite des femmes nées en 1950 (60,9 ans) et des hommes nés la même année (60,1 ans), s'est

cependant réduit de moitié par rapport à la génération née 20 ans plus tôt.

Par ailleurs, deux règles introduites en 1993, utilisées depuis pour le calcul des droits à retraite, à savoir les 25 meilleures années de salaire et l'indexation de ces salaires sur l'inflation, sont, en pratique, défavorables aux assurés dont les carrières sont courtes et les salaires bas, ce qui est le cas de la majorité des femmes. En revanche, les reports de l'âge légal de départ et de l'âge de suppression de la décote résultant de la réforme de 2010 ainsi que l'allongement de la durée d'assurance requise pour un départ à taux plein résultant de la réforme de 2014 aurait,

Des évolutions nécessaires

selon une étude⁸, contribué à réduire les écarts des montants de pension, cumulés sur la durée de perception, entre les femmes et les hommes, d'un point pour la génération 1960 à un peu plus de trois points pour la génération 1980, au prix pour les femmes d'un report de l'âge moyen de leur départ à la retraite.

Des dispositifs de solidarité et de réversion réduisent les écarts de pension entre les hommes et les femmes

Les dispositifs de solidarité du système de retraite accordent des droits, qui s'ajoutent à ceux liés aux périodes d'emploi et qui ne sont pas la contrepartie de cotisations versées par leurs bénéficiaires. Les dispositifs de réversion s'en distinguent au sens où ils peuvent être considérés comme une contrepartie des cotisations versées par le couple.

Les dispositifs de solidarité ont un effet important de réduction de l'écart

de pensions entre les femmes et les hommes. Sans les dispositifs de solidarité, la pension moyenne de droit direct des femmes aurait été inférieure de 50 % à celle des hommes, et non de 42 % comme constaté par une étude en 2016. L'écart (près de 11 points) favorable aux femmes du poids de ces dispositifs dans les pensions de droit direct (cf. tableau ci-après) résulte principalement des droits familiaux de retraite (écart de 10 points).

Près de 90 % des bénéficiaires des pensions de réversion sont des femmes, compte tenu des écarts d'espérance de vie et d'âge au sein des couples. En 2020, les pensions de réversion réduisent l'écart de pension moyenne entre les femmes et les hommes, qui passe de 40 % pour les droits directs à 28 % après prise en compte des réversions. Pour celles qui en bénéficient, soit un tiers des femmes retraitées, la réversion représente en moyenne environ la moitié de la pension totale.

Part des dispositifs de solidarité dans le total des pensions de droit direct tous régimes en 2016

En % du total des pensions de droit direct	Femmes	Hommes
Droits familiaux de retraite	13,2 %	3,2 %
Minima de pension	6,2 %	1,1 %
Périodes assimilées (chômage, maladie, maternité, invalidité)	4,7 %	5,3 %
Départs anticipés pour carrière longue	1,7 %	2,6 %
Autres	3,3 %	6,1 %
Total des dispositifs de solidarité	29,1 %	18,3 %

Source : Cour des comptes à partir des données de la Drees

8. « Les réformes des retraites de 2010 à 2015 : une analyse détaillée de l'impact pour les affiliés et pour les régimes », Les dossiers de la Drees n° 9, décembre 2016.

Des évolutions nécessaires

Des dispositifs coûteux à l'efficacité perfectible

Les droits familiaux de retraite (plus de 20 Md€ en 2021) et les dispositifs de réversion (36 Md€) sont coûteux (18 % du coût total des prestations de retraite) et imparfaitement efficaces.

Les droits familiaux⁹ compensent mal l'incidence des enfants sur la carrière des mères : ils attribuent trop de trimestres de retraite par rapport aux réductions d'activité, alors qu'ils compensent peu les pertes de salaire associées. Ces droits mériteraient en conséquence d'être, à coûts constants, aménagés au profit de majorations de pension et simplifiés, dans l'objectif

d'une meilleure harmonisation entre les régimes de retraite.

Par ailleurs, les dispositifs de réversion sont très disparates selon les régimes. Ils ne permettent pas de préserver le niveau de vie des femmes dont les pensions de droit direct sont les plus faibles. La prévalence croissante des divorces invite également à revoir le principe actuel de la proratisation de la pension de réversion en présence de plusieurs conjoints, qui pose des questions d'équité entre les divorcées dont l'ex-mari s'est remarié et qui ne bénéficieront que d'une part de la réversion, et celles dont l'ex-mari ne s'est pas remarié et qui en percevront l'intégralité dans la plupart des régimes.

3 - Le régime de sécurité sociale des marins, une normalisation indispensable

Les ressortissants du régime spécial des marins

Au titre de leur activité professionnelle, 34 000 actifs sont affiliés à l'Énim. La branche maladie du régime compte environ 90 000 affiliés, dont 70 000 assurés de droit direct et 20 000 ayants droit. La branche vieillesse du

régime spécial verse des pensions à environ 65 000 retraités de droit direct (90 % bénéficient également de pensions versées par d'autres régimes de retraite au titre d'autres activités professionnelles durant leur carrière).

Un financement en provenance pour l'essentiel de l'État et de l'assurance maladie

Parmi les régimes de sécurité sociale comptant un nombre significatif d'actifs, il est le plus subventionné : le financement du régime procède essentiellement

du budget de l'État pour ses dépenses de retraite (997 M€ en 2021) et de l'assurance maladie pour celles de son régime de prévoyance (420 M€). Les cotisations sociales acquittées par ses cotisants et leurs employeurs ne constituent que 10 % de ses recettes.

9. Cour des comptes, « Les droits familiaux de retraite : des dispositifs à simplifier et à harmoniser », in La Sécurité sociale - rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VII, octobre 2022.

Des évolutions nécessaires

Une réglementation spécifique et complexe

Les cotisations sociales ne sont pas assises sur les salaires réels mais sur des salaires forfaitaires. Les montants des salaires forfaitaires sont très inférieurs aux rémunérations réelles dans le

secteur maritime. Pour le secteur du commerce, les rémunérations réelles sont de l'ordre de 650 M€ en 2021, soit un montant 2,5 fois plus élevé que celui de l'assiette forfaitaire pour ce secteur (253 M€). Pour le secteur de la pêche, les rémunérations brutes sont également supérieures à l'assiette forfaitaire.

Un dispositif de classement obsolète

Les salaires forfaitaires sont répartis en vingt catégories, elles-mêmes déterminées par référence à 280 fonctions à bord, dont la liste a été fixée par un décret de 1952. Chaque marin doit être rattaché à une catégorie, et sa fonction à bord précisée à chaque embarquement, dont dépendent le niveau de ses cotisations et ses droits à prestation acquis au titre du régime. En pratique, les cinq principales fonctions

regroupent près de 40 % de l'effectif affilié à l'Énim ; 166 fonctions comptent moins de 200 marins et 79 fonctions n'en comptent aucun. Certaines fonctions n'existent plus, mais figurent toujours dans la grille réglementaire figée depuis l'origine ; d'autres, apparues depuis, ne sont pas prévues. Les nouvelles exigences internationales de qualification pour le renouvellement des brevets maritimes n'ont pas été prises en compte.

Un régime de retraite hors normes, des prestations maladies en partie alignées sur celles versées par le régime général

Le rendement technique effectif du régime de retraite peut avoisiner 30 %,

ce qui revient à ce que le bénéficiaire récupère la totalité des cotisations versées au cours de sa vie active en seulement trois ans de service de sa pension.

Des règles de calcul des retraites très dérogatoires

La pension du régime peut être versée dès 50 ans à partir d'une durée d'affiliation de 25 ans, quelles que soient les secteurs d'activité, les fonctions exercées et les types de navire ou de navigation. La moitié des pensions servies par l'Énim sont des pensions dites « spéciales » liquidées à partir de 55 ans pour une durée d'affiliation courte (entre 3 mois et

15 ans pour une durée médiane de 3,5 ans). Avant 1987, date à laquelle la durée minimale pour en bénéficier a été abaissée de 5 ans à 3 mois, ces pensions étaient dans leur majorité calculées selon les règles du régime général et non selon les règles du régime spécial. Enfin, 26 % des dépenses de pension de l'Énim sont imputables aux pensions de réversion,

Des évolutions nécessaires

contre 11 % en moyenne pour l'ensemble des régimes de retraite. Ce coût important découle du fait que les assurés sont en immense majorité des hommes, qui ouvrent droit à leur

femme à leur décès, mais aussi du fait que la réversion n'est soumise à aucune condition d'âge ni de ressources, contrairement aux autres régimes de retraite dans le secteur privé.

Les remboursements des frais de soins sont identiques à ceux versés aux salariés par le régime général. En revanche, les indemnités journalières d'arrêt de travail obéissent à des règles complexes et sont globalement défavorables en matière de montant perçu et de délai de liquidation (jusqu'à 20 jours de plus qu'au régime général). En dépit d'un taux d'accidentalité élevé, le secteur maritime n'est pas couvert par un régime d'accident du travail responsabilisant les employeurs.

L'exactitude des cotisations recouvrées et des prestations perçues devenue structurellement incertaine

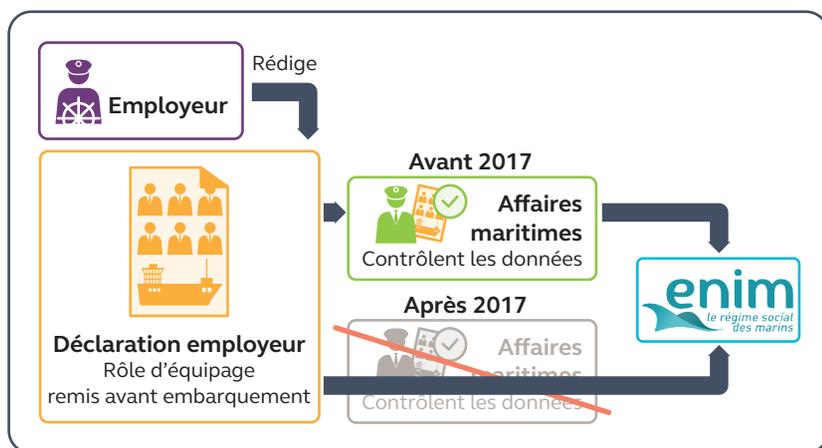
La gestion du régime a été profondément déstabilisée par trois réformes récentes, relatives pour la première aux règles de la circulation maritime, pour la deuxième au transfert du recouvrement des cotisations dues à l'Énim a été

transféré à l'Urssaf Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2020 et pour la troisième à l'utilisation du système de déclaration sociale nominative (DSN). Il s'en est suivi que les paramètres, souvent désuets, nécessaires au calcul des cotisations et des prestations en espèces servies par le régime ne peuvent plus être collectés dans des conditions en garantissant l'exactitude.

En effet, les « lignes de service » qui contenaient les informations nécessaires au calcul des salaires forfaitaires et taux de cotisations applicables ne sont plus saisis ni contrôlés par les services des affaires maritimes depuis 2017. Les employeurs ont de leurs côtés la plus grande difficulté à transmettre ces éléments à travers les déclarations sociales nominatives. Les contrôles des déclarations des employeurs et des indépendants du secteur maritime ne sont désormais plus exercés.

Des évolutions nécessaires

Suppression du contrôle des rôles d'équipage



Source : Cour des comptes

Un contrôle des déclarations de salaires devenu impossible

Le contrôle des déclarations dans le secteur maritime est une tâche extrêmement complexe qui nécessite la vérification de 27 points différents (sur les caractéristiques du marin, de l'employeur et du navire).

Cependant, l'organisation des flux de données issus de la DSN entre l'Urssaf et l'Énim a abouti à cloisonner les informations auxquelles chacun a accès et ne permet pas un contrôle des déclarations individuelles.

Une réforme en profondeur indispensable

Une réforme en profondeur du régime de sécurité sociale des marins est désormais inéluctable. Elle devra concilier la prise en compte de la situation économique différenciée des différents secteurs qui composent le

monde maritime et d'enjeux multiples, qu'il s'agisse de la préservation des droits déjà constitués, de l'équité par rapport à l'ensemble des assurés sociaux, de la pénibilité et de la dangerosité de certains des métiers maritimes. La Cour formule à cet effet une série de recommandations.

Des évolutions nécessaires

Recommandations (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, secrétariat d'État auprès de la Première ministre, chargé de la mer)

35. Refonder l'assiette des cotisations et l'acquisition de droits aux prestations de sécurité sociale des marins sur la base du revenu brut en préservant les droits à retraite antérieurement constitués dans le régime spécial sur la base des salaires forfaitaires ;

36. Restaurer la durée de cinq ans d'affiliation en-dessous de laquelle les marins ne sont pas éligibles à la pension spéciale et introduire des conditions d'âge minimum et de ressources pour le bénéfice de la pension de réversion ;

37. Affilier les marins à la branche maladie du régime général en commençant par les prestations en nature et en poursuivant par les prestations en espèces et la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les actifs ;

38. Appliquer un seul taux de cotisation patronale à tous les employeurs maritimes et prévoir un dispositif simplifié de réduction ou d'exonération de charges modulable uniquement en fonction des contraintes économiques propres à chaque secteur maritime.

4 - Les litiges des particuliers et des entreprises avec les organismes du régime général de sécurité sociale : des progrès à amplifier

La loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du

XX^e siècle a réformé en profondeur l'organisation du traitement des contentieux entre les particuliers et les organismes de sécurité sociale, confié désormais aux juridictions ordinaires de l'ordre judiciaire ou administratif.

Une simplification des voies de recours

Le tribunal des affaires sociales (TASS) et le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) ont été supprimés. C'est désormais le tribunal judiciaire (TJ) qui traite l'ensemble quasi complet¹⁰ des contentieux de la sécurité sociale au sein d'un pôle social, créé à cet effet. S'agissant des contentieux relatifs aux allocations

financées par l'État, les commissions départementales d'aide sociale ont été également supprimées, les tribunaux administratifs traitant désormais du contentieux de l'aide médicale de l'État, au côté du contentieux du RSA, de la prime d'activité et de l'aide personnelle au logement qu'ils avaient déjà en charge.

10. Le contentieux de la tarification AT-MP est géré, en première instance, par la cour d'appel d'Amiens.

Des évolutions nécessaires

Ce progrès concerne en particulier les risques professionnels : avant la réforme, le Tass jugeait l'étendue des séquelles, leur imputabilité à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et la date de consolidation de l'état de santé du salarié¹¹, tandis que le TCI était compétent pour le taux d'incapacité. Il était fréquent que le TCI doive

surseoir dans l'attente du jugement du Tass ou que la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat) soit saisie d'un appel contre le jugement du TCI sur le taux d'incapacité, tandis qu'une cour d'appel l'était contre celui du Tass sur l'imputation de l'accident ou de la maladie à l'employeur.

Le transfert du contentieux de la sécurité sociale à des juridictions judiciaires apporte aussi des éléments de solidité au traitement contentieux des litiges : indépendance par rapport à l'administration de la sécurité sociale, présidence des juridictions par un magistrat professionnel, normalisation du financement et des emplois qui dépendent désormais du budget du ministère de la justice.

Une réorganisation inachevée

À la suite de la réforme de 2016, juge judiciaire et juge administratif restent compétents selon des règles peu compréhensibles pour l'utilisateur. L'attribution au juge judiciaire de l'ensemble des contentieux dits de l'aide sociale traités par le juge administratif simplifierait l'accès à la justice pour les requérants.

Une simplification à parachever

Les allocataires des Caf doivent saisir à la fois le juge judiciaire et le juge administratif s'ils contestent la réalité de situations (notamment la composition et les ressources du foyer) qui affectent à la fois les prestations familiales de sécurité sociale, dont les litiges relèvent des tribunaux judiciaires, et celles versées pour le compte de l'État ou des départements, qui, sauf exception (allocation pour adulte handicapé), relèvent des tribunaux administratifs (RSA, prime d'activité et aides au logement).

Les tribunaux administratifs traitent les contestations relatives au rejet par les caisses d'assurance maladie des demandes d'attribution de l'aide médicale de l'État, financée par l'État. Pourtant, ces demandes sont instruites dans les mêmes conditions que les demandes d'attribution de l'assurance maladie obligatoire de base et de la complémentaire santé solidaire.

En matière de handicap, les contestations visant les décisions des Caf des conseils départementaux

11. La date de consolidation correspond au moment à partir duquel l'état d'un patient est considéré comme stabilisé.

Des évolutions nécessaires

et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont réparties entre

les ordres judiciaire et administratif de manière très peu lisible pour les requérants.

La procédure devant les TJ et les cours d'appel est orale. L'oralité peut desservir les requérants, faute d'argumentaires suffisamment établis. Si les entreprises recourent souvent à des conseils juridiques, cela est plus rare pour les particuliers, malgré la fragilité de leur état de santé ou leur situation sociale. Comme c'est le cas pour les contentieux prud'hommaux depuis 2016, l'instauration, au stade de l'appel, d'une procédure écrite avec représentation obligatoire par une personne qualifiée améliorerait l'argumentaire des requérants.

Des performances encore insuffisantes

Malgré une augmentation de plus de 42 % du nombre de magistrats en activité affectés au contentieux de sécurité sociale, les délais de jugement en première instance se sont accrus (24,1 mois en 2021 contre 17,6 mois

en 2019). En appel, les délais moyens de traitement sont passés de 17,9 mois en 2019 à 21,4 mois en 2020 et à 23 mois en 2021 (contre 19 mois en 2017 et 20,5 mois en 2018 pour les cours d'appel et la Cnitaat).

Une organisation précontentieuse perfectible

Avant de saisir le juge judiciaire, les cotisants et les bénéficiaires des prestations doivent dans tous les cas porter leurs contestations par écrit devant des commissions de recours amiable (CRA). Ces commissions sont composées d'administrateurs (conseillers pour les CPAM) des caisses locales du régime général. Elles doivent être saisies dans un délai de deux mois suivant la décision contestée. Leurs décisions, le plus souvent défavorables aux requérants, s'imposent aux organismes.

Une simplification nécessaire pour le précontentieux du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants

Les recours des employeurs au titre des cotisations et contributions sociales sont examinés par des instances départementales d'instruction des recours amiables (Idira), composées au sein des conseils départementaux des Urssaf. Sauf exception, les CRA des Urssaf, de ressort régional, suivent les propositions des Idira. Les redéploiements de comptes cotisants

entre les sites départementaux des Urssaf régionales et entre les Urssaf rendent de moins en moins pertinent l'échelon départemental d'examen des recours. Les Idira pourraient être supprimées en contrepartie d'un élargissement de la composition des CRA à des membres des conseils départementaux concernés par les dossiers.

Des évolutions nécessaires

La loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance (« Essoc ») a rendu obligatoire la présence de médiateurs dans les organismes de sécurité sociale, qui peuvent être sollicités librement par les usagers. Les médiateurs formulent des avis valant recommandations en toute impartialité, sans recevoir aucune instruction des organismes de sécurité sociale. Ils font œuvre de pédagogie auprès des requérants et recherchent des solutions acceptables dans le cadre d'échanges avec les requérants et les services des organismes. Sans méconnaître les règles de droit, ils prennent en compte des considérations d'équité.

Les caisses du régime général de sécurité sociale auraient avantage à privilégier la médiation comme mode de résolution des contestations, au regard des avantages qu'elle présente pour la qualité du service rendu aux requérants. À cet effet, il conviendrait notamment que les organismes du régime général de sécurité sociale mentionnent expressément et systématiquement, dans les notifications de décisions défavorables aux usagers, la possibilité pour ces derniers, non seulement de saisir la CRA comme c'est déjà le cas aujourd'hui, mais aussi celle de saisir le médiateur.

Recommandations

39. Effectuer une étude d'impact détaillée d'un transfert du juge administratif au juge judiciaire des contentieux dits de l'aide sociale, destiné à faciliter pour les particuliers l'accès à la justice (*ministère de la justice*) ;

40. Instaurer une représentation obligatoire des requérants, particuliers et entreprises, par un avocat ou une association de leur choix devant les chambres sociales des cours d'appel qui traitent des contentieux de la sécurité sociale (*ministère de la justice*) ;

41. Accroître la place de la médiation dans la résolution des contestations à l'encontre des décisions des organismes du régime général, en intégrant progressivement à

l'ensemble des notifications de décisions défavorables la mention de la possibilité de saisir le médiateur (*ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Acoff, Cnaf, Cnam, Cnav*) ;

42. Accélérer les délais de traitement des recours par les commissions de recours amiable des Urssaf, en supprimant l'intervention préalable des instances départementales d'instruction des recours amiables et des commissions des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants (*ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*).

