Cour des comptes

FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Mai 2024

Sommaire

Procédures et méthodes **9**

Délibéré **13**

Récapitulatif des recommandations **15**

Introduction générale **23**

Première partie Une perte de maîtrise des comptes sociaux **31**

Chapitre I La situation financière de la sécurité sociale : une trajectoire de déficits non maîtrisés, un redressement nécessaire **33**

I - Après la crise sanitaire, l'installation d'un déficit structurel 36

A - Un déficit nettement supérieur aux prévisions 36
B - Un ralentissement non anticipé du rythme de progression des recettes 39
C - Une hausse des dépenses due aux revalorisations des prestations vieillesse et à un dépassement de l'Ondam 43

II - Des déficits qui se creusent après 2024, sans perspective de retour à l'équilibre 48

A - En 2024, un respect non assuré de l'objectif de déficit 49
B - Après 2024, le creusement du déficit sans perspective de retour à l'équilibre ni de stabilisation 51
C - Une dette sociale en hausse, dont les conditions futures de financement restent à définir 57

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale pour l'exercice 2023 ..... **63**

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2023 66

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2023 67
B - Avis de la Cour 68
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour 70

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 73

A - Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 74
B - Avis de la Cour 78
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour 81

Annexe 84

Chapitre II Un nouveau dépassement de l'Ondam en 2023, une impérative reprise en main de son pilotage dès 2024 87

I - Un nouveau dépassement en 2023, une trajectoire d'ici 2027 à réviser 92

A - Un objectif non tenu de ralentissement des dépenses en 2023 93
B - Une trajectoire qui n'assure pas le retour à l'équilibre de l'assurance-maladie 97

II - Des dynamiques hétérogènes par sous-objectifs qui imposent des pilotages ciblés 104

A - Des mécanismes de maîtrise des dépenses à resserrer ou à créer pour les soins de ville et les produits de santé 104
B - Un pilotage et un suivi financier des établissements de santé et médicaux-sociaux à renforcer 111

Chapitre III La compensation démographique entre régimes de retraite : un dispositif complexe, artificiel et mal géré 121

I - Un dispositif de plus en plus artificiel et mal piloté 124

A - Un dispositif justifié mais progressivement vidé de sa substance par d'autres mécanismes de solidarité 124
B - Un mode de calcul de plus en plus arbitraire 131
C - Des montants importants établis sur des bases fragiles et comportant des erreurs 135

II - Un dispositif à supprimer, une solidarité à repenser 139

A - Un maintien de la compensation avec une réforme d'ampleur de ses paramètres (scénario A) 141
B - Un maintien de la compensation avec une réforme de ses paramètres de portée plus limitée (scénario B) 144
C - Une suppression du dispositif devant laisser place à une autre forme de solidarité (scénario C) 145

Deuxième partie Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux 151

Chapitre IV Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun 153

I - Depuis 2018, une extension sans précédent des dispositifs dérogatoires qui perdent en cohérence 158

A - Des dispositifs dérogatoires nombreux aux objectifs imprécis 158
B - Un tassement du rendement des taxes compensatoires 164

II - Un financement de la sécurité sociale fragilisé, une équité du prélèvement social mise à mal 167

A - Des dispositifs dérogatoires qui pèsent sur l'évolution des recettes de la sécurité sociale 167
B - Une distribution variable des compléments de salaires entre entreprises et salariés, favorisant cumuls et concentration 171

III - Des dispositifs sociaux dérogatoires à mieux piloter et à réformer 176

A - Un pilotage des régimes sociaux dérogatoires des compléments de salaire à mieux structurer 176
B - Une nécessaire mise en cohérence pour limiter les pertes de recettes de la sécurité sociale 179

Chapitre V L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier 187

I - Des dépenses dynamiques à la croissance amplifiée par la pandémie 190

A - Une dépense d'un niveau inédit en 2022 190
B - Des facteurs permanents qui participent à l'augmentation des dépenses 192
C - Des dépenses imputables à l'épidémie de covid 19 difficiles à isoler..... 194

II - Une réglementation à simplifier.....198

A - Une trop grande complexité, coûteuse et préjudiciable aux assurés 198
B - Des simplifications réglementaires à envisager 201

III - Une dépense à mieux maîtriser.....203

A - Des actions de fiabilisation des données et de lutte contre la fraude à intensifier 203
B - Des efforts de maîtrise médicalisée à renforcer 206
C - Des paramètres d'indemnisation qui doivent tenir compte de la protection assurée par les entreprises 209

Chapitre VI Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants.....219

I - Une étape nouvelle dans la lutte contre le cancer.....222

A - Des molécules aux modes d'action originaux..... 222
B - Des bénéfices substantiels pour les patients..... 228
C - Un accès large mais inégal à ces nouveaux médicaments..... 231

II - Des mécanismes de régulation à repenser pour limiter l'envolée des coûts.....235

A - Une augmentation préoccupante des dépenses 235
B - Des outils d'évaluation clinique à faire évoluer..... 239
C - Une gamme des outils de régulation à enrichir 241

Chapitre VII Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées 249

I - Un recours accru et préoccupant aux emplois temporaires 253

A - Un fort développement des heures supplémentaires et des contrats négociés 253
B - Des rémunérations non réglementaires devenues habituelles 258
C - Des dérives aux conséquences préoccupantes 259

II - Des corrections réglementaires qui manquent largement leur cible.....262

A - Une mise en œuvre hésitante 262
B - Des effets non maîtrisés..... 265

C - Une forte instabilité et une fragilité persistante 268
III - Adosser les évolutions nécessaires à une réorganisation territoriale de l'offre de soins 270
A - Mieux organiser le déploiement de l'offre hospitalière 271
B - Renforcer la territorialisation de l'offre de soins 273
C - Améliorer la connaissance des établissements les plus vulnérables..... 275
Chapitre VIII La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes 279
I - Les fermetures de lits, une stratégie volontariste aux effets mal évalués 283
A - Le virage ambulatoire, principale cause de la baisse du nombre de lits en chirurgie..... 283
B - Une stratégie mal évaluée 287
II - Face à des contraintes croissantes, une nécessaire adaptation des capacités d'accueil par territoire 290
A - Des contraintes plus fortes sur les ressources humaines, avec des conséquences sur le nombre de lits ouverts..... 290
B - Une capacité hospitalière à adapter aux effets du vieillissement et aux territoires..... 295
Troisième partie Une qualité de service et une efficacité à renforcer 303
Chapitre IX La qualité des services rendus par les caisses de sécurité sociale du régime général : simplifier les démarches et faciliter les contacts avec les usagers 305
I - Une qualité du service encore trop éloignée des attentes des usagers 308
A - Une dégradation des résultats dans un contexte marqué par la crise sanitaire 309
B - Un nombre important d'erreurs, source de réclamations 314
II - Face à un nombre croissant de sollicitations, une offre de services en évolution.....316
A - Une incitation à utiliser les services numériques dans un contexte de fracture numérique 317
B - Une évolution contrastée des contacts traditionnels entre les usagers et les caisses et une montée en puissance des espaces France services..... 321
III - Un saut qualitatif indispensable pour faciliter les démarches des usagers 325
A - Porter davantage d'attention aux usagers 325
B - Mieux lutter contre le non-recours aux droits, un enjeu de solidarité sociale et d'égalité de traitement des assurés 328
C - Achever la fiabilisation des outils de versement des prestations..... 331

Chapitre X « Mon espace santé » : des conditions de réussite encore à réunir 335

I - Un projet aux enjeux importants, qui peut contribuer à améliorer la prise en charge des patients 338

A - Un dispositif fondé sur le dossier médical partagé auquel sont adjoints des services complémentaires 338
B - Un changement d'échelle par rapport aux tentatives précédentes 341
C - Un projet dont les objectifs ont été réorientés sans évaluations préalables 344
D - Une prise en charge des patients potentiellement améliorée 346

II - De nombreuses contraintes de sécurité des données, des usages à développer 348

A - Des contraintes de sécurité des données à mieux prendre en compte 348
B - Une montée en puissance pour l'instant en-deçà des attentes 351
C - Une mobilisation nécessaire pour lever les freins à l'utilisation 353
D - Des risques de dépassement des dépenses prévues 356

Chapitre XI Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter 361

I - Des réalisations toujours modestes au regard des ambitions 364

A - Une stratégie d'ouverture portée par les potentialités novatrices de l'intelligence artificielle 365
B - Des mesures encourageantes pour développer les usages des données de santé 367
C - Un potentiel encore sous-exploité 373

II - Un nouvel élan nécessaire pour permettre l'essor des usages du SNDS 378

A - Un blocage institutionnel persistant 378
B - Un nécessaire horizon de long-terme et des mesures palliatives à court et moyen terme 383

Chapitre XII La retraite des professions libérales : une organisation cloisonnée et peu efficiente, une évolution nécessaire 389

I - Une organisation manquant de cohérence et peu contrôlée 392

A - Une juxtaposition de sections indépendantes, une caisse nationale aux pouvoirs limités 392
B - Des régimes aux spécificités marquées, des gestions hétérogènes 400
C - Un contrôle distant par les pouvoirs publics 405

II - Une performance de gestion inégale, une organisation à faire évoluer 408

A - Des coûts de gestion mal connus et disparates 408
B - Des gisements d'efficience inexploités 413
C - Une organisation commune à faire évoluer par étapes 417

Chapitre XIII Les aides aux familles nombreuses : des dépenses stabilisées, une cohérence à améliorer 425

I - Un soutien important apporté aux familles nombreuses par plusieurs dispositifs sociaux et fiscaux 428

A - Les prestations familiales, principal vecteur de l'aide aux familles nombreuses 428

B - D'autres dispositifs fiscaux et sociaux favorables 430

II - Une maîtrise de la dépense publique qui pèse sur un nombre croissant de familles nombreuses.....433

A - Une réduction des avantages fiscaux et sociaux 433

B - Des évolutions des avantages sociaux et fiscaux qui affectent un nombre croissant de familles nombreuses..... 439

III - Une cohérence du système de prestations à repenser en regard de facteurs de fragilité persistants 442

A - Des difficultés particulières en termes d'emploi..... 442

B - Un taux de pauvreté élevé..... 445

Liste des abréviations 451

Procédures et méthodes

La Cour publie, chaque année depuis 1997, un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Prévu par les dispositions combinées des articles LO. 132-3 du code des juridictions financières et LO. 111-3 paragraphe VIII du code de la sécurité sociale, ce rapport est transmis au Parlement et au Gouvernement afin d'accompagner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante que le Gouvernement dépose, au plus tard mi-octobre, sur le bureau de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Comme le rapport annuel de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, il est présenté par la Cour dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement pour le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale (article 47-2 de la Constitution).

Il comprend notamment une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. En outre, il comprend les avis par lesquels la Cour se prononce sur la cohérence des tableaux d'équilibre des comptes et sur celle du tableau patrimonial de la sécurité sociale. Par ailleurs, il rend compte des travaux effectués par les juridictions financières sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé (article L. 132-4 du code des juridictions financières).

La préparation du rapport est assurée, au sein de la Cour, par la chambre chargée du contrôle de la sécurité sociale. Les chambres régionales des comptes y contribuent pour certains sujets relatifs à la gestion hospitalière. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs ; des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés. Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par Mme Hamayon, présidente de chambre, et composée de MM. Appia, Bizeul, Burckel, Mme Caroli, MM. Chailland, Chastenet de Géry, Colcombet, Drouet, Fourrier, Fulachier, Guégano, Guérin, de la Guéronnière, Machard, Moguérou, Rabaté, Mme Soussia et M. Thomas, conseillers maîtres.

Le rapporteur général était M. Fourrier, conseiller maître, et son adjoint était M. Maybon, auditeur.

Le projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 2 et 21 juin, 24 octobre, 22 et 29 novembre, 1er, 18, 19 et 20 décembre 2023, 4, 17, 24 et 26 janvier, 1er et 29 février, 1er et 6 mars, 6 mai 2024.

Les travaux dont ce rapport constitue la synthèse ont été effectués :

- en tant que contre-rapporteurs, par MM. Appia, Chastenet de Géry, Fulachier, Guégano, de la Guéronnière, Rabaté et Mmes Charolles et Soussia, conseillers maîtres ;

en tant que rapporteurs, par MM. Appia, Bizeul, Fourrier, Fulachier, Moguérou et Thomas et Mme Charolles, conseillers maîtres, Mmes Bascoul, Burkhard, Chabbert, MM. Chevrier, Dalmais, Duthil, Grignon, Mme Lapray, MM. Lavastre, de Montalembert d'Esse, conseillers référendaires en service extraordinaire, MM. Dossi et Gallée, conseillers référendaires et M. Maybon, auditeur, avec le concours de M. Netter, conseiller expert, Mme Aghoyan, MM. Coppola, Chouabi, Durieu, Mmes Le Vouedec et Veyrat, experts de certification, MM. Debroas et Veillon, experts des systèmes d'information et MM. Boulen, Dejean, Mme Grandin, MM. d'Oliveira et Théveneau, vérificateurs

Les projets de chapitres ont été examinés et approuvés :

- le 6 février 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, Mme Hamayon, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Strassel, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, M. Gautier, procureur général, entendu en ses avis ;
- le 26 mars 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, Mme Démier, Mme Hamayon, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Strassel, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, M. Gautier, procureur général, entendu en ses avis ;
- le 14 mai 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, Mme Camby, Mme Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Emmanuel Glimet, représentant M. Charpy, président de la quatrième chambre de la Cour, M. Strassel, M. Lejeune, M. Serre, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, M. Gautier, procureur général, entendu en ses avis.

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le présent rapport sur *La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2024 (RALFSS).*

Elle a arrêté ses positions au vu du projet communiqué au préalable aux ministres, aux administrations et organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Moscovici, Premier président, M. Charpy, Mmes Camby, Hamayon, M. Rolland, Mme Mercereau, présidents de chambre, MM. Barbé, Mousson, Guéroult, Guillot, Potton, Miller, Fulachier, Chailland, Mme Riou Canals, Paillot-Bonnétat, MM Tersen, Sitbon, Chastenet de Géry, Mme Roche, MM. Brice, Bonnaud, Mme Lignot-Leloup, MM. Fourrier, Ledroit, Rivoisy, Mmes Boutereau-Tichet, Mazoyer, MM. Grevoul, Herbin, conseillers maîtres, MM. Pelé, Keïta, Mme Buzyn, conseillers maîtres en service extraordinaire MM. Vught, Roux, présidents de chambre régionale des comptes.

Ont été entendus :

- en sa présentation, Mme Hamayon, présidente de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du rapport ;

- en son rapport, M. Rolland, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Fourrier, conseiller maître, rapporteur général, de M. Maybon, auditeur, rapport général adjoint de ce rapport devant la chambre chargée de le préparer ;

- en ses observations orales, sans avoir pris part au délibéré,

M. Gautier, procureur général, accompagné de M. Genève, substitut général.

Mme de Castries, secrétaire générale adjointe, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 24 mai 2024

Récapitulatif des recommandations

1. (Recommandation reformulée) en cohérence avec le nouveau délai de production des annexes aux comptes, avancer de dix jours la date de production des comptes provisoires et définitifs.
2. (Recommandation réitérée) renforcer la traçabilité, la formalisation et l'explication des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre et revoir les modalités d'établissement de ces derniers, afin de permettre à la Cour de disposer d'un temps suffisant pour rendre ses avis.
3. (Recommandation réitérée) mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.
4. Définir un programme pluriannuel de régulation des dépenses, partagé avec les parties prenantes, comprenant un renforcement des outils et instances de pilotage, un changement d'échelle dans la lutte contre les fraudes, des mesures structurelles d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et conditionner les mesures nouvelles par la réalisation d'économies *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale d'assurance maladie)*.
5. Renforcer la contribution des soins de ville à l'effort de régulation des dépenses d'assurance maladie, en mettant en place des dispositifs permettant de compenser un dépassement des objectifs adoptés en loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale d'assurance maladie*).
6. Afin de clarifier le pilotage des dépenses de produits de santé, créer un sous-objectif spécifique au sein de l'Ondam *(ministère du travail, de la santé et des solidarités)*.

7. Réexaminer l'activité des établissements de santé en difficulté financière pour la faire évoluer dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de soins territoriale, en tenant compte de la qualité et de la sécurité des soins *(ministère du travail, de la santé et des solidarités et agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale).*

8. Supprimer la compensation et en tirer les conséquences pour les régimes les plus concernés *(régime des exploitants agricoles, CNRACL).*

   À défaut, établir la compensation sur des bases identiques pour les régimes de salariés et de non-salariés sans maintenir un régime social des indépendants pour les seuls besoins de la compensation ; prendre en compte les affiliés d'outre-mer.

9. Dans Dans l'hypothèse d'un maintien de la compensation,

   a) sécuriser le processus de gestion et de contrôle en harmonisant les données fournies par les régimes de retraite ;

   b) renforcer les moyens de la commission de compensation afin qu'elle puisse remplir l'ensemble de ses missions ou, à défaut, la supprimer, procéder à la consultation des régimes sur les projets de texte dans les conditions de droit commun et organiser un contrôle des données périodique en faisant appel aux corps de contrôle.

10. Mettre en place un pilotage interministériel des exemptions et exonérations de cotisations sociales qui tienne compte de leur soutenabilité financière, des enjeux économiques associés, et de l'équité du prélèvement social ; évaluer les effets de substitution entre salaire et compléments de salaire induits par les taux de prélèvements non homogènes.

11. Mettre en œuvre le principe fixé par la loi du 16 août 2022 de compensation de la perte de recettes résultant de la prime de partage de la valeur, au minimum par l'application du forfait social au taux de 20 % aux entreprises de moins de 250 salariés.

12. Compenser par crédits budgétaires le manque à gagner pour la sécurité sociale de l'exonération des cotisations salariales des heures supplémentaires.

13. Rétablir à 30 % le taux de contribution de l'employeur sur les attributions gratuites d'action et faire progressivement converger les taux du forfait social des compléments de salaire liés aux résultats de l'entreprise vers le taux de droit commun de 20 %.

14. Afin de limiter les effets de cumul des exemptions de cotisations sociales et de substitution sur le long terme aux salaires de base, abaisser les plafonds d'exemption des compléments de salaire de partage de la valeur en entreprise en les alignant sur ceux de la prime de partage de la valeur.

15. Afin de lutter contre la fraude aux faux arrêts de travail et en complément de mesures incitatives, prévoir, dans la convention des médecins de ville, un objectif de télétransmission assorti d'un calendrier, et déterminer, si les objectifs ne sont pas atteints, les sanctions encourues par les professionnels qui ne recourent pas au téléservice ; à défaut, fixer ces sanctions par la loi *(Cnam, ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

16. Afin de simplifier la gestion, prévoir le versement d'un forfait correspondant à une indemnité journalière moyenne en cas d'absence de salaire sur chacun des trois mois précédant l'arrêt de travail *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

17. Afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie, modifier les paramètres de l'indemnisation des arrêts de travail, notamment en vue de mieux en répartir la charge entre la sécurité sociale, les entreprises et les assurés, à l'issue d'une concertation avec les partenaires sociaux *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

18. Renforcer la capacité de la commission d'évaluation économique et de santé publique à produire des études médico-économiques indépendantes des laboratoires pharmaceutiques, en s'appuyant notamment sur les universités *(Haute Autorité de santé).*

19. En se fondant sur les études médico-économiques et en vue de la négociation du prix des médicaments, définir des valeurs de référence pour l'indicateur exprimant le rapport entre les différentiels de coût et d'efficacité entre un nouveau médicament et un médicament comparable existant *(Haute Autorité de santé, Comité économique des produits de santé).*

20. Mettre en place un registre national de suivi de l'administration des médicaments anti-cancéreux, financé par une contribution des laboratoires concernés *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, Institut national du cancer).*

21. Renégocier le prix des médicaments anti-cancéreux innovants lorsque des études, non disponibles au moment de la fixation du prix initial, montrent des résultats inférieurs à ceux attendus *(Comité économique des produits de santé).*

22. Définir de manière plus restrictive les règles de recours à certains contrats temporaires (contrat de motif 2) *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

23. Définir une méthodologie visant à étudier l'effet sur la sécurité des soins du recours aux emplois temporaires, et adapter en cohérence le référentiel de certification des hôpitaux *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, Haute Autorité de santé).*

24. Faire dépendre la revalorisation des indemnités de sujétion des gardes et astreintes de la mutualisation des ressources médicales au sein du territoire *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

25. Réintroduire les subdivisions comptables permettant de distinguer les différentes catégories de contrats. ; dès à présent, rendre obligatoire un recueil périodique du recours aux emplois temporaires par catégorie pour chaque établissement *(ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique ; ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

26. Contingenter les contrats d'emplois temporaires et les primes de solidarité territoriale par groupement hospitalier de territoires et confier à ces derniers le soin de les répartir entre les établissements qui en font partie *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

27. Enrichir le recueil des données de l'enquête « statistique annuelle des établissements de santé » en distinguant les lits installés des lits ouverts, et automatiser la transmission des données des hôpitaux vers le répertoire opérationnel national des ressources, par filière de soins ; *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

28. Valider une méthode d'évaluation de la charge de travail des infirmiers et des aides-soignants et mettre à la disposition des établissements un outil informatique permettant la mesure de cette charge *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, Agence nationale d'appui à la performance).*

29. Définir, dans chaque projet régional de santé, un plan d'action chiffré visant à limiter le plus possible les hospitalisations évitables des personnes âgées de 75 ans et plus *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

30. Confier aux ARS la responsabilité du pilotage de la gestion des lits effectivement ouverts au niveau territorial ; pour cela, intégrer les conditions de ce pilotage dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les ARS et les hôpitaux, avec des financements liés à la présence de cellules de gestion des lits dans les établissements hospitaliers et à leur efficacité à fluidifier les parcours de soin *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

31. Contractualiser, dans la continuité de la convention d'objectifs et de gestion, un objectif quantifié d'amélioration de l'accompagnement au numérique des assurés sociaux *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Cnaf et Cnav).*

32. Améliorer le ciblage des actions de lutte contre le non-recours aux prestations afin d'augmenter le nombre d'ouverture de droits *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Cnaf et Cnav).*

33. Doter les branches de sécurité sociale d'indicateurs permettant d'analyser les causes de contacts répétés par un même assuré et d'en réduire la fréquence *(Cnam, Cnaf et Cnav).*

34. Améliorer la performance des plateformes téléphoniques en les dotant des outils de suivi nécessaires et en amplifiant les redéploiements d'effectifs engagés *(Cnam, Cnaf et Cnav).*

35. Modifier les conditions de référencement des logiciels des médecins libéraux afin de rendre possible l'alimentation automatique des dossiers médicaux partagés *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, agence du numérique en santé).*

36. Faire de la consultation des dossiers médicaux partagés un critère de l'attribution des dotations d'incitation financière à la qualité aux hôpitaux publics et aux cliniques privées *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

37. Prévoir les moyens adéquats pour permettre à l'agence du numérique en santé de s'assurer de l'atteinte des critères obligatoires de sécurité par les éditeurs de leurs applications tierces *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

38. Prévoir les moyens adéquats pour s'assurer de l'efficacité et de l'effectivité des mesures de protection des données personnelles transférées en dehors de l'Union européenne lors de l'utilisation des applications tierces *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

39. Dans l'attente de la mise en œuvre de la solution cible de cloud relevant exclusivement du droit de l'Union européenne, adopter une solution de moyen terme permettant la remise par la Cnam d'une copie de la base principale du SNDS à un hébergeur relevant exclusivement du droit de l'Union européenne *(ministère du travail, des solidarités et de la santé, Plateforme des données de santé et Cnam).*

40. Dans l'immédiat, réduire les délais de mise à disposition des données en amplifiant les actions permettant d'accélérer le traitement des demandes par la Cnam *(Cnam, Plateforme des données de santé).*

41. Intégrer dans le catalogue du SNDS le contenu du socle commun de données devant figurer dans les entrepôts de données de santé hospitaliers, en vue d'un hébergement sous la responsabilité de la Plateforme des données de santé *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, Plateforme des données de santé).*

42. Pour renforcer le contrôle de l'État sur la gestion de régimes obligatoires de retraite :

- nommer un commissaire du Gouvernement dans chacun des conseils d'administration des sections professionnelles ;
- aligner les conditions de nomination de leurs directeurs sur celles retenues pour la CNAVPL ;
- prévoir une validation par la tutelle du montant de la rémunération des directeurs ainsi que la communication annuelle du montant des trois plus hautes rémunérations de chacune des sections professionnelles *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*

43. Mettre en œuvre sans délai au sein de l'OAAVPL un dispositif commun de mesure des coûts et de la performance de gestion et associer l'OAAVPL à l'exercice de parangonnage sur les coûts de gestion dans les organismes de sécurité sociale piloté par la direction de la sécurité sociale *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, CNAVPL).*

44. Modifier les dispositions du code de la sécurité sociale pour permettre le rattachement des sections professionnelles et de la CNAVPL aux conventions collectives applicables aux personnels des organismes du régime général de la sécurité sociale *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

45. Actualiser le cadre réglementaire de la gestion des réserves des caisses de retraite, en mettant à jour le décret n° 2017-887 du 9 mai 2017 et en fixant des règles prudentielles de gestion des réserves par régime, à l'instar de ce qui existe pour le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants *(ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*

46. Estimer dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale, le montant des économies obtenues via la modulation des conditions de ressources des prestations familiales, ainsi que le nombre et le pourcentage de familles concernées, pour chacune des prestations, *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

47. Clarifier les objectifs et les barèmes de ressources du complément familial, ainsi que sa coordination avec les autres prestations familiales *(ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

Introduction générale

En application de la loi organique n°2022-354 du 14 mars 2022, le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) fait l'objet d'un dépôt conjoint au projet de loi d'approbation des comptes 2023 de la sécurité sociale, avant le 1er juin suivant la clôture de l'exercice.

Le présent rapport s'attache à :

- présenter la situation des finances sociales au terme de l'exercice 2023 afin d'éclairer le vote par le Parlement de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale ;
- analyser cinq domaines dont l'évolution récente, en recettes ou en dépenses, a eu des incidences importantes sur les déficits sociaux et faire des recommandations pour leur réforme ;
- examiner, à travers cinq exemples, comment améliorer la qualité et l'efficacité de la dépense publique pour la sécurité sociale.

Une perte de contrôle des comptes sociaux

L'analyse des comptes de la sécurité sociale et de l'évolution des dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) fait l'objet des chapitres I et II de cette première partie. Le chapitre III est relatif aux transferts de compensation entre régimes de retraite.

Des soldes financiers en forte dégradation

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, prévu à 7,1 Md€ en loi de financement initiale, s'est finalement élevé à 10,8 Md€ en 2023. Par rapport à 2022, il s'est réduit de 8,8 Md€ en raison du fort repli des dépenses liées à la crise sanitaire et, dans une moindre mesure, d'une amélioration transitoire du solde de la branche vieillesse. Il repartira à la hausse en 2024 du fait des règles d'indexation des prestations, notamment des pensions de retraite, sur l'inflation, élevée en 2023, mais aussi de la rapide progression des dépenses d'assurance maladie. La maîtrise de ces dernières supposerait des réformes qui, jusqu'à présent, n'ont pas été engagées.

Les économies attendues des dispositions de la loi portant réforme des retraites, promulguée le 14 avril 2023, ne seront réalisées que

progressivement et ne pourront en tout état de cause empêcher une aggravation continue des déficits sociaux à plus de 17 Md€ en 2027, sans plus de perspective de redressement ni même de stabilisation, ce qui est inédit. En conséquence, la dérive de la dette sociale rendra nécessaire une redéfinition de ses conditions de financement.

Reprendre en main le pilotage des dépenses d'assurance maladie dès 2024

Hors crise sanitaire, dont le coût total pour la branche maladie est évalué à près de 50 Md€ entre 2020 et 2023, les dépenses d'Ondam ont augmenté en moyenne de 5,4 % par an entre fin 2019 et fin 2023, dont 4,8 % en 2023 selon des données encore provisoires. Sur la même période, le taux d'inflation hors tabac a été en moyenne de 3 % par an.

En 2023, comme les années précédentes, les plus fortes hausses concernent les établissements de santé (5,6 %) et médico-sociaux (6,2 %) du fait de mesures salariales en partie décidées en cours d'année, ce qui n'empêche pas une part importante de ces établissements d'enregistrer des déficits très élevés. Pour les soins de ville, la progression de 3,8 % a été portée par les honoraires de médecins spécialistes (6 %), les indemnités journalières d'arrêt de travail hors covid (6,2 %) et les transports sanitaires (9,1 %).

La trajectoire d'ici à 2027 est fondée sur l'hypothèse d'une réduction du rythme de progression de la dépense à 3 % par an (2,7 % en 2024). L'atteinte de ce résultat suppose la mise en œuvre d'économies importantes (3,5 Md€ en 2024), dont la nature n'a pas été définie. Il ne serait en outre pas suffisant pour réduire le déficit de la branche maladie, qui resterait de l'ordre de 9 Md€ par an.

Supprimer les transferts financiers de compensation démographique entre régimes de retraite

La compensation démographique est un dispositif de solidarité pour financer les régimes de retraite ayant des ratios démographiques défavorables, comme ceux des exploitants et des salariés agricoles. Elle est neutre sur les soldes de la branche vieillesse et de la sécurité sociale.

Elle apparaît équitable dans son principe et les parties prenantes y sont très attachées. Cependant, elle est concurrencée par d'autres mécanismes d'équilibrage des comptes. Ses paramètres sont désormais arbitraires et entachés par des erreurs de calcul. Enfin, la gouvernance et la gestion du dispositif présentent des lacunes importantes. Parmi plusieurs scénarios d'évolution possibles, il est proposé de privilégier son remplacement par des règles d'équilibrage plus simples.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

La deuxième partie du rapport analyse des domaines dont l'évolution récente a eu des incidences importantes sur les déficits sociaux : en recettes, le développement de niches sociales exemptées ou exonérées de cotisations sociales (chapitre IV), en dépenses, l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie (chapitre V) et l'introduction de nouveaux médicaments anti-cancéreux (chapitre VI). Par ailleurs la gestion des hôpitaux publics est grevée par le recours croissant à des emplois de médecins contractuels (chapitre VII) et par la difficulté d'ajuster le nombre de lits ouverts aux conditions de l'activité (chapitre VIII). Le rapport propose des économies chiffrées (niches sociales, indemnités journalières maladie) ou un renforcement de l'encadrement réglementaire.

Réduire les niches sociales sur les compléments de salaire

Les compléments aux salaires de base des salariés du secteur privé sont exemptés ou exonérés de cotisations sociales et, pour certains, de contribution sociale généralisée (CSG). La perte de recettes qui en résulte pour la sécurité sociale est, en partie seulement, compensée par des taxes. Ces compléments de salaire, dont le champ a été récemment élargi pour améliorer ou protéger le pouvoir d'achat, se sont ainsi en partie substitués aux augmentations de salaires.

En conséquence, les pertes de recettes pour la sécurité sociale ont été équivalentes, entre 2018 et 2022, à la dégradation des déficits sociaux hors covid. Cette évolution crée par ailleurs des inéquités entre salariés, selon la taille de leur entreprise ou le montant de leur salaire. Dans un contexte de déficit croissant des comptes sociaux, il apparaît nécessaire de revenir vers des conditions de droit commun.

Piloter l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie

Les indemnités journalières pour maladie du régime général reposent sur des règles anciennes et complexes. Leur coût, partagé à parts égales entre la sécurité sociale et les entreprises, a fortement augmenté dans un contexte rendu plus difficile à analyser avec la crise sanitaire.

Pour réduire la vive progression de cette dépense, la Cnam a renforcé ses actions de lutte contre les faux arrêts de travail mais il lui faut surtout mettre en œuvre l'obligation de télétransmission des prescriptions d'arrêt de travail. Elle assure un contrôle renforcé des médecins sur-prescripteurs. Cependant, un recours à des sanctions plus graduées, permis par de nouveaux outils informatiques, pourrait être plus efficace. Ces deux leviers ne sont toutefois pas suffisants. Il est nécessaire de simplifier une

réglementation devenue trop complexe et coûteuse du fait de la diversification des situations d'emploi, de réviser la durée maximale de l'indemnisation et de faire évoluer les conditions de la répartition de la prise en charge entre la sécurité sociale, les entreprises et les salariés.

Mieux encadrer l'introduction des médicaments anticancéreux

Le recours à des médicaments innovants dans la lutte contre le cancer s'est beaucoup développé depuis les années 2000. Il a permis de réelles avancées thérapeutiques mais le rythme rapide de leur arrivée sur le marché, le coût élevé des médicaments et le faible nombre de patients ciblés par indication posent de redoutables difficultés aux procédures d'essai clinique et de négociation de prix. L'administration a donc mis en place des procédures dérogatoires d'accès précoce à ces molécules, dans l'attente de leur évaluation complète et de la négociation de leur prix.

Pour mieux évaluer l'amélioration du service rendu permis par ces nouveaux traitements, des études médico-économiques, indépendantes des laboratoires privés, devraient pouvoir être conduites par les universités, comme en Angleterre. Ces études permettraient de rapporter les surcoûts revendiqués de ces médicament aux progrès qu'il permettent en termes de nombre d'années de vie gagnées en bonne santé. Par ailleurs, la France devrait, comme les pays nordiques, mettre en place un registre financé par les entreprises pharmaceutiques pour observer l'efficacité à long terme des médicaments anti-cancéreux dans la vie réelle. Si l'analyse montrait des résultats inférieurs à ceux attendus, les prix seraient à renégocier.

Mieux contrôler le développement des emplois temporaires de Médecins à l'hôpital public

Ce chapitre fait suite à la consultation organisée sur la plateforme de participation citoyenne de la Cour. Il montre que le recours à l'intérim est resté limité dans les hôpitaux publics mais que d'autres formes de contrats d'emplois temporaires se sont beaucoup développées, dans un contexte de pénurie de médecins. Leur croissance a été plus forte dans les petits hôpitaux, pour assurer la permanence des soins.

Ces contrats sont onéreux et souvent irréguliers du fait de rémunérations dépassant les plafonds réglementaires. Leur développement remet par ailleurs en cause la situation des praticiens hospitaliers sous statut, qui peuvent moins facilement concilier vie professionnelle et personnelle et sont souvent moins bien rémunérés. En termes de qualité des soins, la plus grande instabilité des équipes médicales fragilise le fonctionnement des services. Enfin, le recours à ces contrats n'a pas

empêché la fermeture croissante de services la nuit, les week-ends et pendant les vacances, sans coordination d'ensemble.

Un renforcement de la réglementation a été mis en œuvre avec de grandes difficultés. Pour garantir la sécurité et la qualité des soins, il devrait être inscrit dans une stratégie de réorganisation de l'offre de soins au plan local, coordonnée par les agences régionales de santé et appliquée au sein des groupements hospitaliers de territoires, avec des seuils d'activité minimaux par site géographique.

Adapter le nombre de lits d'hôpital aux besoins des territoires

La réduction du nombre de lits d'hôpital a été historiquement liée à la montée en puissance de la chirurgie ambulatoire : les économies attendues de la chute de la durée des séjours hospitaliers ont été compensées par une baisse des tarifs versés par l'assurance maladie. Toutefois, ces moindres coûts n'apparaissent dans les comptes des hôpitaux publics qui ont, par ailleurs, été peu restructurés.

Les tensions croissantes sur les ressources en personnel soignant et le contexte de crise sanitaire entre 2020 et 2022 ont conduit de plus en plus d'hôpitaux à fermer temporairement des lits par manque de personnel. Le ministère chargé de la santé a éprouvé des difficultés à prendre la mesure statistique de ce phénomène.

À l'avenir, les tensions sur le personnel soignant et les effets du vieillissement de la population ne permettront pas de poursuivre la stratégie de réduction du nombre de lits. Pour que leur utilisation réponde mieux aux besoins de soins, il faudra, outre la poursuite du « virage ambulatoire », une meilleure coordination des professionnels sur les territoires afin de limiter les hospitalisations et de fluidifier les parcours de santé. Le pilotage de la gestion des lits devrait être confié aux agences régionales de santé, qui conditionneraient leurs financements aux hôpitaux à la performance de leur gestion des lits.

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

La qualité et l'efficacité de la sécurité sociale pourraient être renforcées pour le service rendu par les caisses dans leurs contacts avec les usagers (chapitre IX), la mise en œuvre du projet numérique « mon espace santé » (chapitre X), les conditions de mise à disposition des données de santé pour la recherche et les entreprises (chapitre XI), la gouvernance et la gestion de la caisse de retraite des professions libérales et de ses sections professionnelles (chapitre XII), et l'équité des prestations versées aux familles nombreuses (chapitre XIII).

Améliorer la relation avec les usagers par une meilleure qualité du service rendu

Les conventions d'objectifs et de gestion signées par les branches maladie, famille et vieillesse du régime général avec l'État leur fixent des objectifs de qualité dans leur relation aux usagers. Or, pour un grand nombre des indicateurs de suivi, les résultats sont inférieurs aux objectifs et se sont dégradés pendant la crise sanitaire, en particulier pour la branche maladie. La réponse aux appels téléphoniques, dont le nombre est en forte augmentation pour les branches maladie et famille, constitue un point faible : les délais d'attente sont trop longs et les informations données de qualité insuffisante, ce qui conduit les usagers à réitérer leurs demandes et à formuler des réclamations. Les délais de traitement administratif des prestations sont longs en général et se dégradent, alors que des retards dans le versement des allocations peuvent être source de difficultés financières pour les assurés sociaux les plus fragiles.

Les téléprocédures par internet et sur applications mobiles se sont développées, en réponse à la demande du plus grand nombre, mais elles risquent de laisser de côté ceux des assurés qui ne maîtrisent pas ces outils ou qui sont en situation de handicap. La diminution du nombre de points d'accueil physiques a été en partie seulement compensée par la prise de rendez-vous et par le recours aux espaces France service. Les caisses de sécurité sociale mettent enfin en œuvre des actions pour accompagner certains événements de la vie, comme une séparation de couple, et poursuivent leurs efforts pour limiter le nombre d'assurés qui ne font pas valoir leurs droits. La Cour recommande de développer l'accompagnement au numérique, de mieux cibler les actions contre le non-recours au droit et d'améliorer la performance des plateformes téléphoniques.

Garantir les conditions du succès de « mon espace santé »

« Mon espace santé » est un projet numérique ambitieux qui vise, après deux échecs, à mettre en œuvre des dossiers médicaux partagés pour l'ensemble de la population, alimentés par les hôpitaux publics, les cliniques privées et les professionnels de santé. Le projet inclut des services (carnet de santé électronique, messagerie sécurisée, calendrier des soins) et le développement d'applications tierces par des administrations ou par des entreprises. L'objectif est d'assurer un meilleur suivi de la santé des patients et de mettre en place des actions de prévention plus individualisées. Deux conditions sont nécessaires à la réussite du projet : la sécurité des données doit être garantie par une authentification sûre et une traçabilité des accès ; il doit être adopté par les professionnels de santé libéraux et hospitaliers puis par les patients.

Pour accélérer la montée en puissance du dispositif, pour l'instant en-deçà des attentes, l'ergonomie des logiciels de gestion des cabinets médicaux doit être améliorée et les hôpitaux davantage incités à consulter les dossiers médicaux partagés. Par ailleurs, les contrôles de sécurité devraient être étendus sur les éditeurs d'applications tierces et sur les conditions de transfert des données personnelles hors Union européenne.

Rendre possible l'essor des usages du système national des données de santé

À sa création en 2016, le système national des données de santé était un ensemble de bases de données tarifaires et médico-économiques. En 2019, une loi a affirmé l'ambition d'en élargir les usages. Les procédures d'accès ont été simplifiées et le périmètre a été étendu à des données à contenu clinique. Un organisme a été créé pour gérer les accès à toutes ces données, la plateforme des données de santé (PDS).

La situation reste toutefois insatisfaisante. Aucune des extensions de périmètre prévues n'a encore été réalisée. La procédure d'accès demeure lourde si on la compare à d'autres pays européens. Surtout, la décision de faire héberger ces données par une filiale d'une entreprise américaine a été à l'origine d'un blocage durable. Les demandes d'accès restent donc adressées à la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), qui continue de gérer la majeure partie de ces données au lieu de la PDS. La Cnam a fourni des efforts importants pour mettre ces données à disposition des demandeurs mais elle répond dans des délais trop longs et dans des conditions insatisfaisantes aux besoins des chercheurs et des entreprises, dont les demandes plafonnent.

Un rapport remis récemment au Gouvernement recommande de recourir à une solution technologique relevant exclusivement du droit de l'Union européenne. En attendant qu'elle soit opérationnelle, des solutions palliatives rapides devraient être mises en œuvre pour que la Cnam soit déchargée de la responsabilité de répondre aux demandes des chercheurs et des entreprises.

Accélérer les réformes au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

La caisse nationale d'assurance retraite des professions libérales (Cnavpl) et ses dix sections professionnelles assurent la gestion des régimes de retraite de base et complémentaire, ainsi que du régime d'invalidité-décès de ces professions au sein d'une organisation autonome créée en 1948. Un défaut de pilotage et de contrôle des sections professionnelles par la caisse nationale et les limites de l'exercice de la tutelle par les pouvoirs publics ont

empêché les mutualisations et les recherches d'économies entre ces caisses. L'examen de la gestion des trois principales sections professionnelles, la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav), de la caisse d'assurance retraite des médecins de France (Carmf) et de la caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (Carpimko), montre des performances et une rigueur variables, qu'il s'agisse des marchés, des systèmes d'information, de la gestion du personnel ou de celle des réserves financières.

Au sortir d'une grave crise de gouvernance, la Cipav a mené à bien depuis 2020 deux chantiers majeurs, le transfert de son activité de recouvrement aux Urssaf et l'interfaçage de son nouvel outil de liquidation des pensions avec le répertoire de gestion des carrières uniques. Les autres sections professionnelles devront accélérer la mise en œuvre de ces réformes afin de fiabiliser leurs données de calcul des droits à la retraite et de recentrer leurs moyens sur le services aux assurés. Le rapport recommande, en outre, une évolution du cadre de gestion des personnels inspirée par les règles de l'Ucanss, un renforcement des compétences de la caisse nationale et un contrôle plus étroit des sections professionnelles par les pouvoirs publics. Ces évolutions supposent une évolution de la gouvernance de l'organisation autonome.

Repenser les prestations pour les familles nombreuses

Les familles de trois enfants et plus représentent une famille sur six mais le tiers des enfants. Elles disposent de plusieurs aides financières (les prestations familiales et le quotient familial de l'impôt sur le revenu) mais aussi de règles favorables en matière d'aides au logement, de retraite, de salaire dans la fonction publique, et de transport. Dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques, ces aides ont été progressivement réduites et leur montant total stagne depuis dix ans.

Leur analyse conduit à formuler trois critiques : les règles d'octroi du complément familial sont incohérentes et mal articulées avec d'autres prestations ; les niveaux de revenus à partir desquels le bénéfice du quotient familial de l'impôt sur le revenu est plafonné et les allocations familiales sont modulées sont proches, ce qui crée un effet de seuil, en raison des règles d'indexation, pour un nombre croissant de familles nombreuses aux revenus intermédiaires ; les aides perçues compensent mal les risques auxquels les familles nombreuses sont plus exposées (pauvreté, chômage, faible taux d'emploi féminin), notamment avec l'augmentation du nombre des familles nombreuses monoparentales.

Première partie

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

Chapitre I

La situation financière de la sécurité sociale : une trajectoire de déficits non maîtrisés, un redressement nécessaire

PRÉSENTATION

Le présent chapitre analyse les comptes 2023 et les perspectives des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)[2]. Après la crise sanitaire, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 prévoyait une forte réduction du déficit de la branche maladie. Parallèlement, la réforme des retraites, conduite dans la loi de financement rectificative du 14 avril 2023, devait permettre, après un creusement temporaire, un rétablissement à terme des comptes de la branche retraite, donc de ceux de la sécurité sociale. Ce scénario optimiste ne s'est pas concrétisé en 2023. Les retraites ont été réformées pour un coût, les premières années, supérieur aux prévisions du projet de loi et le déficit de la branche maladie hors covid n'a pas été réduit malgré un transfert important de la branche famille.

Le déficit de 2023, prévu à hauteur de 7,1 Md€ en LFSS initiale, a été réévalué à 8,2 Md€ par la loi de financement rectificative précitée, puis à 8,7 Md€ par la LFSS pour 2024 et à 10,8 Md€ dans le projet de loi d'approbation des comptes définitifs de la sécurité sociale, soit près de 4 Md€ de plus qu'initialement prévu. Cette dégradation tient, comme pour le budget de l'État, à une croissance des recettes fiscales inférieure aux prévisions et à une absence de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

À partir de 2024, une nouvelle dégradation des comptes de la sécurité sociale est attendue du fait de la poursuite de la rapide progression des dépenses d'assurance maladie et des règles d'indexation des prestations, notamment des pensions de retraite, sur la forte inflation constatée en 2023. Il en résulterait, toutes choses égales par ailleurs, une aggravation du déficit sans plus de perspective de retour à l'équilibre financier. Le déficit deviendrait alors supérieur à la capacité d'amortissement de la dette sociale.

Le chapitre analyse les raisons pour lesquelles le redressement ponctuel de 2023 a été moins important qu'attendu, en présentant les principales évolutions intervenues en dépenses et en recettes (I). Il examine le caractère peu soutenable de la trajectoire future et ses conséquences sur la dette sociale, rendant nécessaire un effort de redressement (II).

---

[2] L'ensemble des Robss (régime général, régimes agricoles et régimes spéciaux) est regroupé dans les cinq branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale : maladie, maternité, invalidité et décès (branche maladie) ; accidents du travail et maladies professionnelles ; vieillesse et veuvage (branche vieillesse) ; famille et, depuis 2021, autonomie. Le FSV assure le financement du minimum vieillesse et d'autres prestations de solidarité.

I - Après la crise sanitaire, l'installation d'un déficit structurel

Le déficit 2023 est supérieur aux prévisions initiales du fait d'un ralentissement non anticipé de la progression des recettes en fin d'exercice et, surtout, d'une forte hausse des dépenses, portée par le dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

A - Un déficit nettement supérieur aux prévisions

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteint 10,8 Md€ en 2023, soit 0,4 % du PIB. Par rapport aux exercices précédents marqués par les effets de la crise sanitaire en recettes (en 2020) et en dépenses (jusqu'en 2022), les comptes s'améliorent nettement, sans pour autant revenir à la situation de quasi-équilibre d'avant-crise.

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (2009-2023, en Md€)

Note : La LFSS 2022 a été adoptée avec un déficit 2020 s'élevant à 39,7 Md€. En tenant compte de la rectification du déficit 2021 votée par le Parlement en LFSS 2023, minoré de 5 Md€ de produits rattachables à 2020, le solde correspondant pour 2020 s'établirait à - 34,7 Md€.
Source : Cour des comptes d'après les comptes 2022 et 2023 des régimes de sécurité sociale et les tableaux d'équilibre approuvés par les LFSS pour les années antérieures

Si on le rapporte aux prévisions de la LFSS 2023, le déficit est en aggravation de près de 4 Md€, et de 2,1 Md€ par rapport aux prévisions 2023 contenues dans la LFSS 2024. Il aurait atteint 12,3 Md€ en l'absence de deux mesures techniques portant sur le calcul des provisions, n'ayant d'effet qu'en 2023 : une dérogation aux règles de provisionnement pour risques de la branche maladie, améliorant le résultat de 1 Md€, et un changement de méthode d'estimation de la provision au titre des majorations de retraite de la branche vieillesse du régime général, améliorant le résultat de 0,5 Md€[3].

La branche maladie porte, à elle seule, la totalité du déficit (- 11,1 Md€), les excédents et les déficits des autres branches, beaucoup plus réduits, se compensant entre eux. La branche maladie est également seule responsable de l'aggravation de 4 Md€ par rapport à la prévision initiale.

Tableau n° 1 : soldes 2023 des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse comparés à la prévision initiale 2023 et aux soldes de 2022 (en Md€)

	Réalisé 2023	LFSS 2023	Écart à la prévision	Réalisé 2022	Écart 23 -22
Maladie	- 11,1	- 7,1	- 4,0	- 21,0	9,9
AT-MP	1,4	2,2	- 0,8	1,7	- 0,3
Vieillesse	- 2,6	- 3,6	1,0	- 3,9	1,3
Famille	1,0	1,3	- 0,3	1,9	- 0,9
Autonomie	- 0,6	- 1,2	0,6	0,2	- 0,8
Total Robss	**- 11,9**	**- 8,4**	**- 3,5**	**- 21,0**	**9,2**
FSV	1,1	1,3	- 0,2	- 1,3	- 0,2
Vieillesse + FSV	- 1,5	- 2,3	0,8	- 2,6	1,1
Total Robss + FSV	**- 10,8**	**- 7,1**	**- 3,7**	**- 19,7**	**8,9**

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2023 et les comptes définitifs 2022 et 2023

[3] Sur ces deux opérations techniques, cf. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes de la sécurité sociale de 2023*, mai 2024. Le rapport accepte l'évolution de la règle pour la branche vieillesse mais il émet une réserve pour la sous-évaluation des provisions pour risques de la branche maladie, contraire au principe de prudence et constitutive d'une anomalie significative dans les comptes.

Le graphique ci-après illustre les écarts entre les prévisions successives et la réalisation.

Graphique n° 2 : montant du déficit : prévisions et solde final (Md€)

Source : Cour des comptes d'après LFSS 2023, LFRSS 2023, LFSS 2024 et les comptes 2023

La réduction du déficit de la branche maladie par rapport à 2022 est totalement imputable à l'extinction des dépenses liées à la crise sanitaire, passées de près de 12 Md€ en 2022 à un peu plus de 1 Md€ en 2023. Une amélioration plus structurelle des soldes de la branche était aussi attendue mais elle ne s'est pas concrétisée, en raison de revalorisations salariales en cours d'année en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux et de mesures de régulation trop limitées[4].

À ces médiocres résultats, s'ajouterait un déficit très important des hôpitaux publics, selon des données provisoires. En l'absence de réformes ou d'une augmentation des dotations de l'assurance-maladie, l'accumulation de tels déficits se traduira par une nouvelle dérive de la dette hospitalière[5].

Le déficit de la branche vieillesse et du FSV se réduit de 1 Md€ par rapport à 2022 et est inférieur de 0,8 Md€ à la prévision initiale. La progression des recettes a été plus rapide que celle des dépenses du fait

[4] Voir chapitre II du présent rapport, *Un nouveau dépassement de l'Ondam en 2023, une impérative reprise en main de son pilotage dès 2024*.
[5] Voir le rapport public thématique de la Cour sur *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, octobre 2023.

d'une croissance de la masse salariale supérieure aux prévisions de la LFSS 2023[6]. La moitié de l'amélioration par rapport à 2022 est liée au changement de méthode d'estimation de la provision constituée au titre des majorations de retraite de la branche vieillesse du régime général, déjà relevée *supra*.

La branche autonomie devient légèrement déficitaire en 2023, en raison d'une progression des dépenses de plus de 7 %, supérieure à celle des recettes.

L'excédent des branches familles et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) se réduit par rapport à 2022, notamment du fait des revalorisations de prestations familiales, d'un transfert de la branche maladie vers la branche famille de certaines indemnités journalières (2,1 Md€) et de transferts plus élevés de ces deux branches à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) au titre de la compensation de la réduction générale des cotisations patronales d'assurance chômage (cf. *infra*).

B - Un ralentissement non anticipé du rythme de progression des recettes

En 2023, les produits des régimes obligatoires de base et du FSV, nets de charges pour non-recouvrement, s'élèvent à 600 Md€, en hausse de 27,5 Md€ par rapport à 2022. Ils dépassent de 5,1 Md€ la prévision initiale (du fait de la croissance de la masse salariale pendant les trois premiers trimestres) mais le rythme de progression des recettes qui a suivi la crise sanitaire s'est ralenti.

[6] Elle est toutefois inférieure aux prévisions de la LFSS 2024, ce qui explique un déficit plus élevé de 0,4 Md€ que la prévision de cette dernière.

Tableau n° 2 : produits nets par nature de recettes en 2023 (en Md€)

	Réalisé 2023	LFSS 2023	Écart à la prévision		Réalisé 2022	Écart 23/22	
Cotisations sociales	291,0	290,2	0,8	0,3 %	279,0	12,0	4,3 %
Cotisations prises en charge par l'État	6,9	5,9	1,0	16,9 %	6,9	0,0	0,0 %
CSG brute	120,7	118,4	2,3	1,9 %	115,5	5,2	4,5 %
Contribution employeur	46,3	46,5	- 0,2	- 0,4 %	44,6	1,7	3,8 %
Impôts, taxes et autres contributions sociales	108,1	111,7	- 3,6	- 3,2 %	104,3	3,8	3,6 %
Charges de non-recouvrement	- 1,9	- 2,1	0,2	- 10,6 %	- 1,3	- 0,6	46,2 %
Transferts nets reçus	12,7	11,2	1,5	13,4 %	11,5	1,2	10,4 %
Autres produits nets	16,2	13,1	3,1	23,7 %	12,0	4,2	35,0 %
Total Robss + FSV	**600,0**	**594,9**	**5,1**	**0,9 %**	**572,5**	**27,5**	**4,8 %**

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2023 et les comptes définitifs 2022 et 2023.

Par comparaison à la prévision pour 2023 rectifiée en LFSS 2024, les recettes sont inférieures de 2,3 Md€ en raison du ralentissement de l'activité économique et de l'inflation à la fin de l'année 2023 qui ont conduit, pour la première fois depuis trois ans, à une diminution de l'effectif salarié. La progression de la masse salariale du secteur privé a été ainsi ramenée à 5,7 %, en-deçà de la dernière prévision du Gouvernement (6,3 %), contre 9 % en 2021 et 8,7 % en 2022. Compte tenu de la forte sensibilité des cotisations et de la contribution sociale généralisée (CSG) aux variations de la masse salariale, la diminution de 0,6 point entre la masse salariale prévue en LFSS 2024 et celle constatée *in fine* explique un repli des recettes par rapport à la prévision de l'ordre de 4,3 Md€.

Par ailleurs, le rendement des cotisations sociales (+ 4,3 %) est limité par le poids des allègements généraux, indexés sur le Smic[7], et par la baisse du taux de cotisations des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles[8].

[7] La hausse du Smic fait croître les exonérations pour tous les salaires inférieurs à 1,6 Smic, ce qui freine mécaniquement l'augmentation des recettes de sécurité sociale.
[8] Article 3 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022.

Pour la CSG brute, la progression atteint 4,5 %, en ligne avec celle des revenus d'activité. Après une forte hausse en 2022[9], la CSG sur les revenus du capital diminue de 300 M€ en raison de l'effet du fort ralentissement de l'activité immobilière en 2023 (-500 M€) en partie compensé par la croissance des dividendes (+ 200 M€).

En raison du ralentissement de la croissance, les recettes des impôts, taxes et autres contributions affectées à la sécurité sociale, pour partie assises sur la consommation, ne progressent que de 3,6 %, avec un rendement inférieur aux prévisions de la LFSS 2023.

L'augmentation de 4,3 % du produit net de la TVA affectée à la caisse nationale d'assurance maladie intègre l'affectation, décidée en LFSS 2023, d'une fraction supplémentaire de TVA pour compenser à la branche maladie la baisse précitée du taux de cotisations des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles.

Un coût de la compensation d'allégements de cotisations Unédic et de retraite complémentaire de plus en plus supporté par la sécurité sociale

Depuis 2018[10], l'Acoss verse à l'Unédic et aux organismes de retraite complémentaire[11], en lieu et place de l'État, une compensation des allègements généraux décidés sur les cotisations patronales d'assurance chômage et de retraites complémentaires[12]. Ces compensations ont été financées à l'origine par une fraction de TVA affectée à l'Acoss pour solde de tout compte. Les écarts entre les montants versés chaque année par l'Acoss et la TVA perçue sont répartis entre les branches du régime général.

Ces versements et transferts échappent en partie au contrôle parlementaire : d'une part, la répartition des écarts entre les branches de sécurité sociale est fixée par voie règlementaire ; d'autre part, les montants de compensation et de TVA ne se retrouvent pas dans les tableaux d'équilibre[13].

[9] L'année 2022 a été marquée par l'effet différé d'un an sur les revenus du patrimoine de 2021, en fort rebond après le creux de l'année 2020.
[10] 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.
[11] L'Agirc-Arrco et la caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC).
[12] I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.
[13] La compensation versée et la fraction de TVA ne sont intégrés que dans les comptes de l'Acoss. Seul le solde éventuel est apparent pour chaque branche dans les tableaux d'équilibre soumis au Parlement.

Les montants versés sont importants et en nette augmentation : 5,1 Md€ pour l'Unédic (avant minoration de 2 Md€ évoquée *infra*) et 7,2 Md€ pour les organismes de retraite complémentaire en 2023 (respectivement 4,5 Md€ et 6,5 Md€ en 2022).

Du fait de la dynamique des allègements généraux, le solde est négatif depuis 2022. Les branches famille, vieillesse, AT-MP ont donc été mises à contribution, à hauteur de 1,5 Md€ au total (+ 1 Md€ par rapport à 2022). La branche vieillesse est particulièrement mobilisée : sur le déficit 2023 de la branche, qui se monte aussi à 1,5 Md€ y compris FSV, 900 M€ sont dus à l'imputation de l'écart de compensation pour les organismes de retraite complémentaire.

Enfin, l'État a décidé, en LFSS 2024, une moindre compensation à l'Unédic, d'un montant total de 12 Md€ pour les années 2023 à 2026, dont 2 Md€ en 2023. L'État procède ainsi à la récupération d'une partie des excédents de l'Unédic[14], ce que la Cour a critiqué[15].

Un tassement non anticipé des droits sur les tabacs est constaté (13,6 Md€ contre 13,8 Md€ en 2022), malgré les mesures de hausse de la fiscalité votées en LFSS 2023[16]. De même, les taxes sur les boissons alcooliques et sucrées connaissent un moindre rendement (4,1 Md€ en 2023, contre 4,9 Md€ en 2022), en raison d'une baisse non prévue de la consommation (5 Md€ prévus).

Enfin, du fait du ralentissement de la progression de la masse salariale fin 2023, le rythme de progression de certaines recettes s'est ralenti, notamment pour la taxe sur les salaires (+ 3,7 %, après + 5,3 % en 2022) ou le forfait social (+ 2,6 %, après + 22 % en 2022).

[14] En février 2024, l'Unédic faisait état d'une dette prévisionnelle de 38,6 Md€ en 2027. Elle aurait été de 25,5 Md€ sans ces nouveaux prélèvements opérés par l'État.

[15] « L'État ajoute un mécanisme budgétaire complexe au financement des politiques d'emploi et de formation, nuisant encore à lisibilité de l'ensemble ». Cf. Cour des comptes, *Analyse de l'exécution budgétaire 2023. Mission 'Travail et emploi* , avril 2024 (page 94).

[16] La LFSS 2023 a porté deux réformes de la fiscalité du tabac : d'une part, l'indexation de l'augmentation automatique du tarif sur l'inflation de l'année N-1 (au lieu de N-2) et le déplafonnement de cette indexation, jusqu'à lors limitée à 1,75 % ; d'autre part, la convergence des prix des produits du tabac à rouler et du tabac à chauffer vers ceux de la cigarette. Une hausse du rendement était anticipée par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023.

Tableau n° 3 : produits nets par branches en 2023 (en Md€)

	Réalisé 2023	LFSS 2023	Écart à la prévision		Réalisé 2022	Écart 2023/2022	
Maladie	232,8	231,2	1,6	0,7 %	221,2	11,6	5,2 %
AT-MP	16,8	17,0	- 0,2	- 1,2 %	16,2	0,6	3,7 %
Vieillesse	272,5	269,7	2,8	1,0 %	259,4	13,1	5,1 %
Famille	56,8	56,7	0,1	0,2 %	53,3	3,5	6,6 %
Autonomie	37,0	36,2	0,8	2,2 %	35,4	1,6	4,5 %
Total Robss	**598,5**	**593,2**	**5,3**	**0,9 %**	**570,8**	**27,7**	**4,9 %**
FSV	20,4	20,6	- 0,2	- 1,0 %	19,4	1,0	5,2 %
Robss + FSV	**600,0**	**594,9**	**5,1**	**0,9 %**	**572,5**	**27,5**	**4,8 %**

Note : le « total Robss » ne peut être obtenu en additionnant les cinq lignes du dessus, qui comprennent des transferts entre branches ; une telle addition conduirait à des doubles comptes.
Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2023 et les comptes définitifs 2022 et 2023

C - Une hausse des dépenses due aux revalorisations des prestations vieillesse et à un dépassement de l'Ondam

Les charges nettes des régimes obligatoires de base et du FSV s'élèvent en 2023 à 610,7 Md€, en augmentation de 18,6 Md€ par rapport à 2022 (+ 3,1 %), avec des évolutions contrastées entre branches.

Tableau n° 4 : charges nettes par branches (en Md€)

	Réalisé 2023	LFSS 2023	Écart à la prévision		Réalisé 2022	Écart 2023/2022	
Maladie	243,9	238,3	5,6	2,3 %	242,2	1,7	0,7 %
AT-MP	15,4	14,8	0,6	4,1 %	14,5	0,9	6,2 %
Vieillesse	275,1	273,3	1,8	0,7 %	263,3	11,8	4,5 %
Famille	55,7	55,3	0,4	0,7 %	51,4	4,3	8,4 %
Autonomie	37,6	37,4	0,2	0,5 %	35,2	2,4	6,8 %
Total Robss	**610,4**	**601,6**	**8,8**	**1,5 %**	**591,8**	**18,6**	**3,1 %**
FSV	19,3	19,3	0,0	0,0 %	18,0	1,3	7,2 %
Robss + FSV	**610,7**	**601,9**	**8,8**	**1,5 %**	**592,1**	**18,6**	**3,1 %**

Note : le « total Robss » ne peut être obtenu en additionnant les cinq lignes du dessus, qui comprennent des transferts entre branches ; une telle addition conduirait à des doubles comptes.
Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2023 et les comptes définitifs 2022 et 2023

1 - Un net dépassement de l'Ondam

Dans le champ des branches maladie, AT-MP et autonomie, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) couvre les dépenses de prestations légales en nature, les dépenses d'indemnités journalières pour arrêts maladie (hors congés maternité et paternité) et les dotations aux établissements de santé et médico-sociaux[17]. L'Ondam définitif est arrêté en année n+2 après connaissance du montant définitif des remises pharmaceutiques[18] et des dépenses de soins rattachées à l'exercice.

Le montant de l'Ondam fixé en LFSS 2023 s'élevait à 244,1 Md€, dont 1 Md€ de provision au titre des dépenses liées à la crise sanitaire. Cet objectif, inférieur à la prévision d'inflation, était ambitieux et n'a pas pu être tenu, en l'absence de mesures de régulation pour compenser la dynamique d'activité et les mesures salariales décidées en cours d'année[19]. Les dépenses s'élèvent finalement à 247,8 Md€, en dépassement de 1,5 % (3,8 Md€) de la LFSS initiale.

De 2022 à 2023, les dépenses ont augmenté de 700 M€. Cette stabilité apparente recouvre une quasi disparition des dépenses « covid » (1,1 Md€ en 2023 contre 11,7 Md€ en 2022) et une progression des dépenses pérennes. Hors covid, l'Ondam a progressé de 4,8 % (+ 11,4 Md€) en 2023.

Le dépassement par rapport à la prévision initiale tient à 60 % aux mesures salariales en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux, comme la hausse de la rémunération des heures de garde de nuit et de week-end votée en LFRSS d'avril 2023 et la revalorisation du point d'indice au 1er juillet 2023. Le solde correspond à un dépassement de 0,6 point de l'objectif initial. Les mesures de régulation, opérées en fin d'exercice, sont demeurées marginales. Le chapitre II du présent rapport analyse en détail les composantes de ce dépassement.

[17] L'Ondam couvre 80 % des dépenses des branches maladie et autonomie et 30 % pour la branche AT-MP.

[18] En application notamment de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, ces remises sont fixées par convention avec le comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.

[19] Compensation aux établissements de santé et médico-sociaux de la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique au 1er juillet 2023 et de la meilleure rémunération des heures de garde de nuit et de week-end.

2 - Prestations hors Ondam des branches maladie et AT-MP : l'effet des revalorisations de 2022 et 2023

Les prestations hors Ondam des branches maladie et AT-MP atteignent 20,4 Md€ en 2023, en hausse de 2,5 % par rapport à 2022.

Après une nette augmentation en 2022 du fait de l'extension du congé paternité, le coût des indemnités journalières de maternité et de paternité est resté stable en 2023 (4 Md€). Parmi ces indemnités, le coût des indemnités journalières post-natales et post-adoption (2,1 Md€) a été transféré en 2023 de la branche maladie à la branche famille.

Les pensions d'invalidité et les rentes AT-MP ont été revalorisées de 1,6 % au 1er avril 2023 ; s'y est ajouté l'effet en année pleine de la revalorisation de 4 % de juillet 2022. En conséquence, les prestations d'invalidité et de décès de la branche maladie progressent de 5,2 %. Les prestations d'incapacité permanente de la branche AT-MP n'augmentent que de 2,6 %, du fait d'une baisse de l'effectif, comme les années précédentes.

3 - Une évolution des dépenses de la branche vieillesse en ligne avec les prévisions

Les dépenses de la branche vieillesse s'élèvent à 275,1 Md€ pour tous les régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,5 % par rapport à 2022. Cette évolution est proche de celle prévue en LFSS.

Pour les assurés du régime général, les charges de prestations légales s'élèvent à 149,6 Md€ en 2023, en augmentation de 5,2 % par rapport à 2022, soit une croissance comparable à celle observée l'année précédente (5,1 %). L'évolution en 2023 résulte de trois facteurs, une revalorisation des pensions de 0,8 % au 1er janvier, l'effet en année pleine de la revalorisation de 4 % intervenue par anticipation le 1er juillet 2022, et une augmentation de 1,5 % du nombre de bénéficiaires de prestations en droits propres, qui atteint 14,6 millions au 31 décembre 2023. L'indexation sur l'inflation constatée en 2023 est intervenue le 1er janvier 2024.

Tableau n° 5 : prestations légales de la branche vieillesse du régime général (en Md€)

	2023			2022			Écart	Écart (%)
	Droits propres	Droits dérivés	Total	Droits propres	Droits dérivés	Total		
Pensions	128,2	12,3	140,5	121,9	11,9	133,8	6,7	5,0 %
Minimum vieillesse	3,5	0,2	3,6	3,2	0,2	3,4	0,2	7,1 %
Majorations	4,7	0,7	5,4	4,4	0,7	5,1	0,3	5,7 %
Total	**136,3**	**13,2**	**149,6**	**129,5**	**12,7**	**142,3**	**7,3**	**5,2 %**

Source : comptes de la branche vieillesse du régime général

Le déficit de la caisse nationale de retraites des agents[20] des collectivités locales (CNRACL) s'est creusé en 2023 (2,5 Md€ contre 1,8 Md€ en 2022). Le ratio démographique de ce régime, longtemps favorable, est en dégradation rapide avec un nombre de cotisants désormais stable et un nombre de pensionnés en hausse[21]. L'effet-volume lié à l'augmentation du nombre des pensionnés a été pour ce régime, en 2023, équivalent à l'effet prix de la revalorisation des pensions, conduisant à un montant de prestations légales en hausse de 6,7 % en 2023 par rapport à 2022 pour atteindre 25,5 Md€.

Les contributions de l'État au titre des retraites de fonctionnaires (45,1 Md€) et de l'équilibrage de régimes spéciaux (7,8 Md€) ont augmenté de 1,6 Md€.

Hors régime général, CNRACL et régime des fonctionnaires, les prestations légales en 2023 représentent 34,5 Md€ en 2023, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2022.

[20] Les agents qui relèvent de la CNRACL sont les agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière (et non les agents contractuels).

[21] Le ratio démographique s'établit à 1,52 en 2022 contre 2,28 en 2010. Sur la situation de la CNRACL, cf. Ralfss 2023, chapitre I *La situation financière de la sécurité sociale : une amélioration temporaire, une dégradation prévisible*, pp. 54-55, mai 2023 et chapitre III du présent rapport, *La compensation démographique entre régimes de retraite : un dispositif complexe, artificiel et mal géré*.

4 - Malgré la baisse des naissances, une augmentation sensible des charges de la branche famille

Les prestations versées par la branche famille ont augmenté de 2,1 Md€ (+ 5,7 %) en 2023, notamment en raison d'une progression de 1,6 Md€ des allocations. Une telle évolution est inédite, le montant des prestations versées ayant eu tendance, ces dernières années, à rester stable en euros courants.

Les allocations familiales, qui s'établissent à 13,3 Md€, ont progressé de 2,5 % du fait des revalorisations de la base mensuelle des allocations familiales en 2022 et 2023 (3,6 % en moyenne annuelle), malgré une légère baisse de la population des enfants de moins de 20 ans. Les allocations de soutien familial s'établissent à 3,0 Md€, en progression de 1 Md€ du fait de la revalorisation de 50 % de la prestation au 1er novembre 2022[22], qui a produit essentiellement ses effets en 2023.

Malgré la baisse de 4 % des primes à la naissance et à l'adoption, due à la forte chute des naissances en 2023 (- 6,6 %[23]), les allocations pour la garde des jeunes enfants (qui représentent un total de 11,4 Md€) ont progressé de 2,8 % du fait notamment de la hausse des dépenses de complément de mode de garde (7,1 Md€, + 5,3 %) en lien avec les revalorisations de la base mensuelle des allocations familiales et du Smic.

Tableau n° 6 : prestations versées par la branche famille (en Md€)

	2023	2022	Écart	
Allocations en faveur de la famille	21,2	19,6	1,6	8,1 %
Prestation d'accueil du jeune enfant	11,4	11,1	0,3	2,8 %
Autres prestations légales	0,2	0,3	- 0,1	n.s.
Prestations légales	**32,7**	**30,9**	**1,8**	**5,8 %**
Prestations extra-légales	6,5	6,2	0,3	5,4 %
Prestations branche famille	**39,2**	**37,1**	**2,1**	**5,7 %**

Source : comptes de la branche famille

[22] Le montant de cette allocation, destinée aux parents isolés, qui a concerné près de 800 000 familles en 2022, est passé ainsi de 122,93 € à 184,41 € maximum par enfant. Dans le cas d'un enfant simplement recueilli (la famille d'accueil exerçant l'autorité parentale en lieu et place des parents biologiques), ce montant passe de 163,87 € à 245,80 € par enfant.

[23] 678 000 en 2023 contre 726 000 en 2022, 742 100 en 2021 (et 833 000 en 2010).

5 - Des dépenses de la branche autonomie tirées par les revalorisations salariales et les capacités d'accueil nouvelles

En 2023, les charges nettes de la branche autonomie s'élèvent à 37,6 Md€, en hausse de 6,8 % (8,1 % en 2022).

Les prestations sociales (pour l'essentiel, dotations versées aux établissements et services médico-sociaux, 31,4 Md€) ont progressé de 5,1 % du fait de l'impact des revalorisations salariales de leurs personnels et des mesures d'investissement du Ségur de la santé. Ces prestations financent les établissements pour les personnes âgées (15,4 Md€ en 2023, en hausse de 3,9 %) et en situation de handicap (14,6 Md€, en hausse de 6 %).

La branche finance également l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1,5 Md€ en 2023 contre 1,3 Md€ en 2022), en hausse de 9 % (10 % en 2022), dont le nombre de bénéficiaires augmente. Les concours de la branche aux départements concernent principalement l'allocation personnalisée d'autonomie (2,8 Md€, + 4,6 %) et la prestation de compensation du handicap (0,9 Md€, + 3,6 %).

II - Des déficits qui se creusent après 2024, sans perspective de retour à l'équilibre

Dans ses perspectives 2023-2026, la loi de financement rectificative d'avril 2023 prévoyait une stabilisation du déficit de la sécurité sociale et une légère amélioration en fin de période (13,6 Md€ en 2025, 13,1 Md€ en 2026). Cette trajectoire n'était pourtant pas satisfaisante car elle affichait un déficit structurel persistant dans un contexte de croissance économique.

De manière inédite, la LFSS 2024 a dégradé encore cette perspective en prévoyant une augmentation continue du déficit jusqu'en 2027 (17,2 Md€), sans plus de perspective de stabilisation et moins encore de retour à l'équilibre. Outre qu'elle est contraire au principe d'équilibre des comptes de la sécurité sociale, une telle trajectoire est inquiétante car elle contribue à la hausse d'une dette sociale dont les conditions de financement, à terme, ne sont pas définies.

La dégradation des soldes sociaux en 2023 par rapport aux prévisions renforce en outre le risque d'une aggravation de la trajectoire si des réformes ne sont pas conduites dans le domaine de l'assurance maladie.

A - En 2024, un respect non assuré de l'objectif de déficit

La LFSS 2024 prévoit un déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 10,5 Md€, similaire à celui de 2023 (10,8 Md€). Son respect impliquerait un net ralentissement de la dépense pour s'ajuster au rythme des recettes.

Pour la branche maladie, l'objectif de 254,7 Md€ des dépenses d'Ondam en 2024 (hors provision covid de 0,2 Md€) implique un freinage important du rythme de croissance de la dépense hors covid, qui serait de 3,2 % seulement contre 4,8 % en 2023. Dans son avis du 15 avril 2024, le comité d'alerte[24] appelle « *à une vigilance renforcée sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, de soins de ville comme liées aux établissements de santé* ». Leur évolution tendancielle est en effet estimée à 4,6 %, dont 2,8 % avant toutes mesures nouvelles en 2024. Le respect de l'objectif « *dépend notamment de la réalisation de 3,5 Md€ d'économies (hors maîtrise médicalisée)* ».

[24] La supervision de l'exécution de l'Ondam est confiée à un comité d'alerte qui adresse une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales maladie en cas de risque de dépassement de l'objectif adopté en loi de financement de la sécurité sociale supérieur à 0,5 %, pour que puissent être adoptées des mesures de redressement.

Tableau n° 7 : prévisions de la LFSS 2024 comparées au réalisé 2023 et à la LFSSR 2023 (en Md€)

	LFSS 2024	Réalisé 2023	Écart LFSS 2024/réalisé 2023		LFSSR 2023	Écart LFSS 2024/LFSSR 2023	
Produits nets Robss + FSV	**631,5**	**600,0**	**31,5**	**5,3 %**	**595,0**	**36,5**	**6,1 %**
Charges nettes Robss	641,6	610,4	31,2	5,1 %	602,8	38,8	6,4 %
FSV	20,6	19,3	1,3	6,7 %	19,3	1,3	7,0 %
Charges nettes Robss + FSV	**642,0**	**610,7**	**31,3**	**5,1 %**	**603,2**	**38,8**	**6,4 %**
Maladie	- 8,5	- 11,1	2,6		- 7,9	- 0,6	
AT-MP	1,1	1,4	- 0,3		2,2	- 1,1	
Vieillesse	- 5,8	- 2,6	- 3,2		- 3,8	- 2,0	
Famille	0,8	1,0	- 0,2		1,3	- 0,5	
Autonomie	1,2	- 0,6	1,8		- 1,3	2,5	
Total soldes Robss	**- 11,2**	**- 11,9**	**0,7**		**- 9,5**	**- 1,7**	
FSV	0,8	1,1	0,3		1,3	- 0,5	
Vieillesse + FSV	- 5,0	- 1,5	- 3,5		- 2,5	- 2,5	
Total soldes Robss + FSV	**- 10,5**	**- 10,8**	**0,3**		**- 8,2**	**- 2,3**	

Source : Cour des comptes d'après la LFSSR 2023, la LFSS 2024 et la DSS pour les résultats 2023

Pour la branche vieillesse, l'aggravation du déficit résulterait principalement du relèvement des pensions de retraite de 5,3 % au 1er janvier 2024 du fait de l'application, avec un an de décalage, des règles de revalorisation légales en fonction de l'inflation[25].

[25] Selon l'art. L. 161-25 du CSS, le taux appliqué correspond à l'écart entre l'indice moyen de la période novembre 2021-octobre 2022 et celui de la période novembre 2022-octobre 2023, soit 5,3 %.

Effet d'une variation de l'inflation sur les soldes 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 (cotisations, CSG sur revenus d'activité, taxe sur les salaires) et sur la consommation (TVA). Les effets sont plus lents sur les dépenses, avec un an de décalage pour les dépenses indexées, et plus encore pour les dépenses fondées sur des conventionnements (honoraires).

En conséquence, et 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 devrait contribuer à la dégradation du solde en 2024.

Les autres branches verraient leurs excédents se réduire (AT-MP, principalement du fait d'un « transfert » de cotisations au profit de la branche vieillesse[26] ; famille, en raison des mesures nouvelles liées au plan accueil de la petite enfance[27]) tandis que le solde de la branche autonomie redeviendrait positif du fait du transfert d'une fraction de CSG de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

B - Après 2024, le creusement du déficit sans perspective de retour à l'équilibre ni de stabilisation

L'aggravation du déficit après 2024 sera due notamment à la dégradation des soldes de la branche vieillesse, que la réforme des retraites de 2023 ne va pas permettre de rétablir rapidement. Une telle trajectoire hors période de récession est sans précédent.

1 - Un niveau de déficit d'ici à 2027 qui constitue un point de bascule dans l'accumulation de la dette sociale

L'annexe de la LFSS 2024 donne la trajectoire prévisionnelle des régimes obligatoires de base et du FSV jusqu'en 2027.

[26] Baisse de cotisations de 0,12 point pour compenser la hausse équivalente des cotisations d'assurance vieillesse, décidée en LFRSS 2023.
[27] Notamment création de places en crèches (objectif de création de 35 000 places à horizon 2027) et mesures destinées à favoriser l'attractivité du métier d'assistance maternelle.

Graphique n° 3 : trajectoire financière 2021-2027 des soldes des branches et du FSV (en Md€)

Source : annexe de la LFSS 2024, rectifiée pour 2023 par les comptes définitifs (les soldes 2021 correspondent aux montants approuvés par la LFSS 2022)

Le déficit se creuserait continûment pour atteindre 17,2 Md€ en 2027, du fait de la dégradation du résultat de la branche vieillesse alors que celui de la branche maladie ne serait que stabilisé, autour de 9 Md€.

Un tel niveau est un point de bascule. Le déficit deviendrait supérieur à la capacité d'amortissement par la Cades. Il n'y aurait plus de perspective de réduction de la dette sociale, après son augmentation très forte pendant la crise sanitaire, mais une cristallisation de la dette au niveau élevé actuel, voire une aggravation en cas de déficits accrus, si la croissance devait être inférieure aux prévisions ou si le déficit de la branche maladie ne pouvait être stabilisé.

Graphique n° 4 : comparaison entre LFRSS 2023 et LFSS 2024 de la trajectoire financière (Md€)

Source : annexes de la LFRSS 2023 et de la LFSS 2024 rectifiées pour 2023 par les comptes définitifs

La LFRSS pour 2023 tablait sur une stabilisation du déficit autour de 13 Md€ à partir de 2025 du fait d'une réduction continue de celui de la branche maladie à partir de 2024.

La trajectoire de la LFSS pour 2024 repose en outre sur des hypothèses macro-économiques qui restent optimistes.

Tableau n° 8 : principales hypothèses de l'annexe de la LFSS 2024

	2023	2024	2025	2026	2027
PIB en volume	1,0 %	1,4 %	1,7 %	1,7 %	1,8 %
Inflation hors tabac	4,8 %	2,5 %	2,0 %	1,75 %	1,75 %
Masse salariale privée	6,3 %	3,9 %	3,4 %	3,4 %	3,4 %
Ondam hors crise sanitaire	4,8 %	3,2 %	3,0 %	2,9 %	2,9 %

Source : annexe de la LFSS 2024

La croissance pour 2023 (0,9 %) a été finalement un peu inférieure à la prévision (1 %). Surtout, la croissance pour 2024 a été réajustée de 1,4 % à 1 % par le Gouvernement en février 2024, ce qui se traduira par de moindres recettes pour la sécurité sociale. Cette prévision est plus élevée que les estimations plus récentes de l'OCDE[28] (croissance de 0,6 % en 2024, de 1,2 % en 2025) et du FMI (0,7 % en 2024, 1,4 % en 2025). Selon

[28] *Perspectives économiques*, février 2024.

le Haut Conseil des finances publiques (HCFP)[29], elle « *demeure optimiste même si elle n'est pas hors d'atteinte* ».

Malgré des effets de périmètre et de contexte favorables à partir de 2024[30], le contexte macro-économique laisse augurer de recettes bien moins dynamiques qu'en sortie de crise sanitaire. Malgré des « *incertitudes importantes* » dans les évolutions de l'emploi relevées par le HCFP, l'évolution de la masse salariale devrait se tasser fortement à horizon 2027, avec une progression de 2,9 % dès 2024 (selon le programme de stabilité 2024-2027) déjà jugée « *un peu élevée* » par le HCFP. Il en va de même pour l'augmentation du salaire moyen nominal par tête, dont la hausse tendra vers 2 % (5,2 % en 2023). L'évolution des effectifs salariés devrait même passer par un creux en 2024 et en 2025. Ainsi, le programme de stabilité d'avril 2024 prévoit une progression des prélèvements obligatoires des administrations de sécurité sociale de 3,4 % en 2024, poursuivant le ralentissement observé en 2023.

2 - Un déficit croissant de la branche vieillesse, principalement du fait de la CNRACL

Comme l'avait indiqué la Cour dans son précédent rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale (Ralfss), la réforme des retraites adoptée le 14 avril 2023 n'aura d'effets financiers favorables sur les comptes de la sécurité sociale que très progressivement. Selon l'étude d'impact qui accompagnait le projet de réforme, hors conséquences sur les soldes de l'État et des régimes complémentaires, elle devait se traduire par un surcoût jusqu'à la fin de 2024, le gain net cumulé restant limité à 1 Md€ en 2025, 2 Md€ en 2026 et environ 7 Md€ à horizon 2030.

Encore ces chiffres n'intégraient-ils pas les diverses mesures adoptées par amendement lors de la discussion du projet de loi de financement pour 2024 ni les modifications de comportement constatées en 2023, avec des départs en retraite plus importants que prévu par anticipation des effets de la

[29] Haut Conseil des finances publiques, *Avis relatif aux prévisions macroéconomiques associées au Programme de stabilité pour les années 2024 à 2027*, avril 2024.

[30] La loi portant sur la dette sociale et l'autonomie du 7 août 2020 a prévu un transfert de 0,15 point de CSG en provenance de la Cades (2,6 Md€) en faveur de la branche autonomie. Par ailleurs, la dynamique des pensions de retraite en 2024 (+6,8 %) devrait contribuer à accroitre le rendement de la CSG assise sur les revenus de remplacement.

réforme. Contrairement à la demande de la Cour, l'étude d'impact n'a pas été actualisée pour prendre en compte ces effets[31].

Par ailleurs, l'article 15 de la LFSS pour 2024 prévoit un nouveau schéma de financement commun pour les régimes spéciaux fermés aux nouveaux entrants par la LFRSS pour 2023[32] et pour ceux fermés précédemment (Mines, SNCF, etc.). Les déficits de ces régimes ne seraient plus couverts par une subvention de l'État mais financés en dernier ressort par le régime général en contrepartie d'une « *compensation intégrale par l'État, chaque année, des conséquences financières pour la caisse nationale d'assurance vieillesse* » selon les termes de l'article 15 de la loi de financement précitée. Les modalités de ce nouveau schéma et de cette compensation ne sont pas encore connues et rien ne permet de s'assurer que la mise en place du système sera durablement neutre pour le régime général[33].

La situation financière de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) deviendrait de plus en plus préoccupante, avec un déficit qui augmenterait continûment sur la période pour atteindre 8,1 Md€ en 2027. Il représenterait à cette date les trois quarts du déficit de la branche et du FSV.

Une situation de la CNRACL sans solution à ce stade

La CNRACL est 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 (2,5 Md€ en 2023), les capitaux propres du régime, devenus négatifs en 2021, s'établissaient à - 4,9 Md€ à la fin de 2023.

La tendance déficitaire étant appelée à s'aggraver, la LFSS 2023 a relevé l'autorisation d'emprunt de la CNRACL à 7,5 Md€ en 2023 pour assurer la pérennité des paiements des prestations, autorisation portée à 11 Md€ en LFSS 2024. Les besoins de financement sont provisoirement couverts par des emprunts à court terme souscrits par l'Acoss. Une mission a été confiée en novembre 2023 aux inspections générales des finances, de l'administration et des affaires sociales en vue de dégager des pistes de réforme pour rétablir l'équilibre des comptes.

[31] La Cnav indique qu'une telle estimation devrait être réalisée à la fin de l'année 2024.
[32] Industries électriques et gazières, RATP, clercs et employés de notaire, Banque de France et Conseil économique, social et environnemental.
[33] Sur cette réforme, cf. Cour des comptes, *Analyse de l'exécution budgétaire 2023 de la mission « régimes sociaux et de retraite »*, avril 2024.

La hausse d'un point du taux de cotisations patronales « vieillesse » de la CNRACL, à 31,65 %, décidée en LFRSS 2023, rapportera 600 M€ en 2024, 700 M€ en 2030. Elle est très insuffisante pour couvrir la hausse du déficit prévisionnel[34]. En compensation, une baisse équivalente, pour la seule année 2024, du taux de cotisations maladie a été décidée, alors que la hausse du taux de cotisations vieillesse est pérenne[35].

En 2024, la branche maladie supportera donc le poids de la réduction de cotisations, ce qui augmentera son déficit. Une compensation intégrale « dès 2023 » devait pourtant être définie en loi de finances[36] mais le Gouvernement a renvoyé cette question aux conclusions de la mission confiée aux trois inspections générales[37].

3 - L'absence de réduction du déficit de la branche maladie

Selon la loi de programmation des finances publiques 2023-2027 et la LFSS 2024, le déficit de la branche maladie est désormais cristallisé aux alentours de 9 Md€ par an de 2025 à 2027, sans perspective de retour à l'équilibre, contrairement à la précédente trajectoire votée en LFRSS d'avril 2023.

Le rythme des recettes reste en effet trop faible pour compenser les revalorisations salariales du Ségur de la santé et la progression des dépenses de ville au-delà des objectifs fixés, en particulier concernant les honoraires des médecins spécialistes, les indemnités journalières et les transports sanitaires.

En dépenses, la trajectoire de l'Ondam a été révisée avec une évolution moyenne annuelle sur 2024-2027 de 3,0 % désormais supérieure à celle de l'inflation prévue hors tabac (2,0 %).

La Cour estime que cette nouvelle trajectoire, confirmée dans le programme de stabilité 2024-2027, reste trop optimiste en l'absence de réformes se traduisant par des économies pérennes pour la sécurité sociale.

[34] En 2021, dans des observations définitives non publiées, la Cour avait estimé que le rétablissement de l'équilibre financier de la CNRACL supposait une hausse des cotisations de 4,87 points d'ici à 2024.
[35] Décret n° 2024-49 du 30 janvier 2024.
[36] Modifiée par amendement parlementaire au Sénat, l'annexe à la LFRSS 2023 indique que « *pour les employeurs publics de la CNRACL, l'État compensera intégralement le surcoût qui en résulte dès 2023, selon des modalités définies en loi de finance*. ».
[37] Mission confiée aux inspections générales des affaires sociales, de l'administration et des finances. Cf. la réponse du ministre de la transformation et de la fonction publiques à la sénatrice Mme Isabelle Florennes, 23 novembre 2023.

En conséquence, outre les effets de la baisse de cotisations maladie des agents des collectivités territoriales, le déficit de la branche maladie ne peut mécaniquement que s'aggraver.

C - Une dette sociale en hausse, dont les conditions futures de financement restent à définir

Le financement des déficits attendus de la sécurité sociale à partir de 2024 n'est plus assuré.

1 - Une situation financière nette de l'Acoss devenue ponctuellement excédentaire en 2023

En 2023, les pertes de trésorerie nettes de la sécurité sociale se sont élevées à 10,7 Md€, en lien essentiellement avec le déficit des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse. Toutefois, grâce à un versement de 27,2 Md€ par la Cades (cf. *infra*), le solde net de trésorerie de l'Acoss fin 2023 est devenu positif de 4,0 Md€, après un solde négatif de 12,5 Md€ fin 2022 et de 31,9 Md€ fin 2021.

Cet excédent net de trésorerie s'explique notamment par le fait que 13 Md€ destinés aux hôpitaux pour financer entre 2021 et 2029 leur désendettement et leurs investissements, lui ont été versés par anticipation par la Cades. Sur ce montant, seuls 3,2 Md€ ont été utilisés et le solde de trésorerie de l'Acoss est amélioré, toutes choses égales par ailleurs, de près de 10 Md€.

En 2024, l'Acoss bénéficiera d'un dernier versement de la Cades de 8,8 Md€ pour couvrir – partiellement – le déficit 2023. Le déficit 2024 des régimes obligatoires de base et du FSV est attendu à 10,5 Md€ et la consommation de l'enveloppe destinée aux hôpitaux devrait atteindre 1 Md€ environ, ce qui laisse prévoir un solde net en fin d'année 2024 à l'équilibre : les montants à verser aux hôpitaux compenseraient le déficit 2024.

L'autorisation d'emprunt de l'Acoss, qui ne peut légalement s'endetter que sur des maturités inférieures à un an, a été maintenue à 45 Md€ en 2024, comme en 2023. Cela laisse une marge de sécurité de 15 Md€ par rapport aux prévisions de l'Acoss sur l'évolution de son solde brut de trésorerie – lequel ne prend pas en compte les liquidités détenues. L'importance de cette marge peut être interprétée comme un certain manque de confiance sur la capacité des branches, et notamment de la branche maladie, à tenir leur solde prévisionnel en 2024 après le dépassement constaté de 4 Md€ en 2023.

2 - Une réduction limitée et temporaire de la dette sociale en 2023

La dette sociale portée par la Cades et par l'Acoss avait atteint 161 Md€ en fin d'année 2022, montant record en valeur absolue. Elle a reflué de 4,3 Md€ en 2023 pour s'établir à 156,8 Md€.

Tableau n° 9 : évolution de la dette sociale portée par la Cades et par l'Acoss (2019-2023, en Md€)

	2019	2020	2021	2022	2023
Situation nette négative Cades	89,1	93,0	115,2	136,2	145,2
Cumul déficits non repris par la Cades et maintenus à l'Acoss	25,6	47,6	39,5	24,9	11,6
Total dette sociale (déficits non amortis)	**114,7**	**140,6**	**154,7**	**161,1**	**156,8**

Source : Cour des comptes d'après les comptes 2019 à 2023 et les décrets n° 2020-1074 du 19 août 2020, n° 2021-40 du 19 janvier 2021, n° 2022-23 du 11 janvier 2022 et n° 2023-12 du 11 janvier 2023

La dette sociale devrait toutefois prendre en compte désormais la dette nette de la CNRACL depuis que ses capitaux propres sont devenus négatifs, pour 2,3 Md€ en 2022 et 4,9 Md€ en 2023. Ainsi réévaluée, elle atteint 163,4 Md€ en 2022 et 161,7 Md€ en 2023.

3 - Une dette sociale qui progresse à partir de 2024 et dont le financement n'est plus assuré

Grâce aux ressources qui lui sont affectées[38], la Cades est structurellement excédentaire après couverture de la charge des intérêts des emprunts qu'elle émet. Cet excédent atteint 18,3 Md€ en 2023 mais devrait être réduit à 16,1 Md€ en 2024 en raison du transfert à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'une fraction de la CSG. Il se réduira à nouveau à partir de 2025 avec le passage de 2,1 Md€ à 1,45 Md€ de la contribution versée par le fonds de réserve des retraites.

La loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a organisé la prise en charge de 136 Md€ de dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Le tableau ci-après présente le détail de ces versements par exercices et par nature d'opérations.

[38] Elles sont constituées de la contribution à la réduction de la dette sociale - CRDS -, d'une fraction de la CSG et des transferts du fonds de réserve des retraites.

Tableau n° 10 : montants pris en charge par la Cades (en Md€)

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Déficits antérieurs à 2020	20,0	11,2				31,2
Déficit br. maladie + FSV 2020		23,8	9,1			32,9
Déficit br. vieillesse + FSV 2021			25,9	1,7		27,6
Déficit branches maladie + vieillesse 2022				22,5		22,5
Dotation établissements de santé		5,0	5,0	3,0		13,0
Déficit branche maladie 2023					8,8	8,8
Total	**20,0**	**40,0**	**40,0**	**27,2**	**8,8**	**136,0**

Source : Cour des comptes d'après les comptes des exercices 2020 et 202 et les décrets n° 2020-1074 du 19 août 2020, n° 2021-40 du 19 janvier 2021, n° 2022-23 du 11 janvier 2022, n° 2023-12 du 11 janvier 2023 et n° 2024-176 du 6 mars 2024

En 2023 la Cades a ainsi repris 22,5 Md€ au profit des branches maladie et retraite pour couvrir leur déficit en 2022, 1,7 Md€ de solde du déficit 2021 de la branche vieillesse et 3 Md€ pour la dernière tranche de l'enveloppe destinée au financement du désendettement et des investissements des hôpitaux. Les 8,8 Md€ disponibles à la Cades sont affectés en 2024 pour couvrir le déficit 2023 de la branche maladie, ce qui sera insuffisant au regard du montant constaté de 11,1 Md€.

À partir de 2024, la dette sociale, élargie à la situation nette négative de la CNRACL recommencera donc à augmenter, sans perspective de résorption à terme, pour dépasser 163 Md€ en 2027.

Tableau n° 11 : projection de la dette sociale jusqu'en 2027 (en Md€)

	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Situation nette négative Cades	145,2	137,9	122,9	107,9	92,9
Cumul des déficits non repris par le régime général	11,6	11,3	21,7	32,3	42,0
Situation nette négative CNRACL	4,9	8,5	13,7	20,4	28,4
Total	**161,7**	**157,7**	**158,3**	**160,6**	**163,3**

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2024 et les projections Cades et CNRACL

En l'absence de nouvelle loi organique de reprise par la Cades, la dette serait en outre de plus en plus supportée par l'Acoss, au titre du financement des déficits du régime général (42 Md€ en 2027) et des avances versées à la CNRACL (28 Md€ en 2027). Or l'Acoss ne peut légalement emprunter à plus d'un an, ce qui placerait la sécurité sociale en situation de grande fragilité financière en cas de crise de liquidité, comme celle déjà constatée en 2020[39]. Hors ces situations exceptionnelles, la sécurité sociale serait exposée à toute augmentation des taux d'intérêt de court terme, qui se traduirait par un renchérissement immédiat de sa dette.

Un moyen serait de prolonger, par une loi organique, la durée de vie de la Cades au-delà de 2033, pour reprendre les déficits portés par l'Acoss postérieurs à 2023. La durée des emprunts serait allongée de ce fait mais le niveau des déficits attendus devient tel, en l'absence d'un plan crédible de retour à l'équilibre des comptes, qu'une prolongation indéfinie de la Cades permettrait à peine de stabiliser la dette sociale à son niveau actuel et non plus de la réduire.

Cette perspective illustre le caractère insoutenable de la trajectoire actuelle de la sécurité sociale et la nécessité impérative de mettre en œuvre des réformes de l'assurance maladie visant à réaliser des gains d'efficience et à revoir les déterminants de ses financements.

[39] En 2020, la hausse accélérée des déficits a rendu nécessaire l'établissement d'un plan de financement de crise comportant des prêts de la Caisse des dépôts et consignations et de banques. L'encours d'emprunt de l'Acoss le plus élevé a été atteint le 22 juin 2020, à 89,7 Md€ (cf. Cour des comptes, Ralfss 2021, chapitre I *La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire*, pp. 70-71, octobre 2021).

La Cour s'est attachée, dans ses récents rapports, à élaborer des pistes d'économie dans les domaines de l'imagerie médicale[40] ou de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé[41]. Le présent rapport recommande de réformer les « niches sociales » sur compléments de salaire et l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie, de mieux encadrer l'introduction des nouveaux médicaments anti-cancéreux, de réduire le recours aux médecins contractuels dans les hôpitaux et de mieux organiser les parcours de soins pour réduire l'occupation des lits d'hôpital[42].

[40] Cour des comptes, Ralfss 2022, chapitre IV *L'imagerie médicale : des évolutions en cours, des réformes indispensables*, octobre 2022.
[41] Cour des comptes, Ralfss 2023, chapitre VIII *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie*, mai 2023.
[42] Voir partie II du présent rapport : *Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux*.

CONCLUSION

En 2023, le déficit de la sécurité sociale s'est fortement réduit par rapport à 2022 en raison de la quasi disparition des mesures liées à la crise sanitaire. Il reste cependant nettement supérieur à la prévision initiale, ce qui témoigne d'une insuffisante maîtrise de la dépense d'assurance maladie. Sa trajectoire future est celle, inédite, d'une aggravation continue jusqu'en 2027 sans perspective de retour à l'équilibre ni même de stabilisation. Cette trajectoire conduit à la reconstitution d'une dette sociale sans financement pérenne. Elle paraît en outre encore optimiste compte tenu de l'absence de maîtrise de la dépense d'assurance maladie et de la dégradation de la situation financière des établissements hospitaliers et médico-sociaux.

Or, comme la Cour l'a rappelé dans son rapport public annuel 2024[43], « la persistance sur moyenne période de déficits massifs de la sécurité sociale ne peut être justifiée dès lors que l'économie ne se trouve pas en bas de cycle comme en 2020 ». *La sécurité sociale repose en effet sur un principe assurantiel et n'a pas vocation à s'endetter. Le pays doit aussi se préparer à l'arrivée des générations nombreuses du baby-boom dans le grand âge après 2025, qui causera de fortes tensions sur les coûts médicaux et médico-sociaux. Au plan des principes juridiques, l'article 34 de la Constitution édicte que les LFSS* « déterminent les conditions générales de son équilibre financier », *ce dernier étant une* « exigence constitutionnelle » *depuis la décision du 18 décembre 1997 du Conseil constitutionnel.*

Si la sécurité sociale n'est pas dotée de ressources nouvelles, il est donc impératif d'établir un programme pluriannuel de réformes et de lutte contre les fraudes pour étayer une trajectoire crédible de rétablissement des comptes. À la demande du Premier ministre, la Cour des comptes prépare des propositions de revue des dépenses d'assurance maladie en ce sens. L'objectif est de préserver durablement notre système de protection sociale sans en rejeter la charge financière sur les générations futures.

[43] Cour des comptes, rapport public annuel, *La situation d'ensemble des finances publiques*, mars 2024.

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale pour l'exercice 2023

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour formule des avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale relatifs au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2023. Ces avis sont transmis au Parlement dans le cadre du présent rapport, publié conjointement au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) de l'exercice 2023, qui doit être déposé avant le 1er juin 2024.

Les tableaux d'équilibre, pour l'exercice 2023, correspondent à des comptes de résultat combinés[44] couvrant, respectivement, l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ; cette dernière catégorie comprend un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En 2023, le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 10,8 Md€, contre 19,7 Md€ en 2022.

Le tableau de la situation patrimoniale correspond à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Caisse d'amortissement de la dette sociale - Cades -) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve pour les retraites - FRR -).

Compte tenu de l'excédent dégagé par la Cades, les fonds propres retracés par le tableau de situation patrimoniale (- 92,2 Md€ au 31 décembre 2023) se sont améliorés de 7,0 Md€ par rapport à 2022 et l'endettement financier net de la sécurité sociale (113,4 Md€ fin 2022) s'est réduit de 9,3 Md€.

Sous certaines observations portant sur leur réalisation, sur leur présentation et sur la fiabilité des données comptables qui y sont intégrées, les tableaux soumis à l'avis de la Cour fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde (tableaux d'équilibre), ainsi que des actifs et passifs (tableau de situation patrimoniale) des entités comprises dans leurs champs respectifs.

[44] La combinaison désigne la consolidation des comptes d'entités sans lien en capital entre elles, mais entretenant des relations suffisamment étroites pour justifier que soient établis des comptes communs dans lesquels sont éliminées leurs opérations réciproques.

Un calendrier encore extrêmement contraint.

Toutes les conséquences du nouveau calendrier d'approbation des tableaux d'équilibre déterminé par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, notamment par le dépôt du PLACSS avant le 1er juin, n'ont pas été suffisamment tirées en matière de production des comptes.

Les dates d'établissement des annexes aux comptes des organismes de sécurité sociale[45] ont été modifiées et raccourcies afin de faciliter l'instruction de la Cour. Toutefois, les dates relatives à la production des comptes provisoires et définitifs de certification des comptes des organismes de sécurité sociale sont restées inchangées. Le délai d'examen des comptes par la Cour n'a en conséquence, pas été sensiblement modifié.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2023

L'article LO. 111-3-13 du code de la sécurité sociale dispose que la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale « approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant au financement de ces régimes ».

Pour l'application de ces dispositions, sont soumis à l'approbation du Parlement, deux tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés en annexe 1 du PLFSS 2024 ; le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités, cette dernière catégorie comprenant un seul organisme, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV)[46].

[45] Arrêté du 2 février 2024 modifiant le calendrier d'établissement et de transmission des comptes annuels des organismes de sécurité sociale qui avance la date de production des annexes provisoires (entre le 8 et le 22 mars contre le 31 mars auparavant) ainsi que celle des annexes définitives (et états financiers) au 5 avril (contre le 15 avril auparavant).

[46] Depuis 2016, conformément à une recommandation de la Cour, l'article 1er de la loi de financement de la sécurité sociale intègre une rubrique relative au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au sein du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base regroupe les données du régime général et celles de trente-un régimes spéciaux, dont le détail est récapitulé en annexe au présent chapitre.

Établis par la direction de la sécurité sociale (DSS), les tableaux d'équilibre sont présentés sous la forme de comptes de résultat retraités et simplifiés comprenant trois agrégats : le montant total des « recettes », le montant total des « dépenses » et le « solde ».

Les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées ni des dépenses décaissées[47], mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés[48], auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde » correspond en réalité à un résultat de comptabilité générale, et non à un solde de trésorerie.

Par nature, les tableaux d'équilibre dans lesquels figurent des montants globaux de produits et de charges fournissent une information réduite sur la formation des soldes soumis à l'approbation du Parlement.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2023

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2023 présentés ci-après figureront dans le projet de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale 2024 soumis à l'approbation du Parlement.

En 2023, selon les tableaux d'équilibre établis par la DSS au 2 mai 2024, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ont enregistré un déficit de 11,9 Md€, contre un déficit de 21,0 Md€ en 2022[49], tandis que le FSV est passé d'un excédent de 1,3 Md€ en 2022 à un excédent de 1,1 Md€ en 2023. Au total, l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV affiche un déficit de 10,8 Md€, contre un déficit de 19,7 Md€ en 2022.

[47] Comme c'est le cas, par exemple, dans la comptabilité budgétaire de l'État.
[48] Depuis 1996, les organismes de sécurité sociale doivent tenir leur comptabilité en droits constatés.
[49] Selon les données du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022, déposé le 24 mai 2023 et non adopté par le Parlement. Ces données relatives ont été révisées dans les tableaux de l'annexe A de la LFSS 2024.

Tableau n° 12 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale au titre de 2023

En Md€	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	232,8	243,9	- 11,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,8	15,4	1,4
Vieillesse	272,5	275,1	- 2,6
Famille	56,8	55,7	1,0
Autonomie	37,0	37,6	- 0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) en net (*)	598,5	610,4	- 11,9
Fonds de solidarité vieillesse	20,4	19,3	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse, en net[50]	600,0	610,7	- 10,8

(*) Le total « toutes branches » est retraité par la neutralisation des transferts entre branches.
Source : DSS51

Tableau n° 13 : tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€	Produits	Charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	20,4	19,3	1,1

Source : DSS

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos.

[50] Pour les recettes et pour les dépenses, sont déduites du total agrégé les opérations réciproques entre les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV.
[51] Les soldes ne correspondent pas systématiquement à la différence des montants, en raison de l'application des règles d'arrondis (Ainsi les charges nettes ROBSS+FSV s'élèvent à 610,73 Md€, les produits nets ROBSS+FSV à 599,96 Md€). Les montants totaux de produits et de charges ne correspondent pas à la somme des produits et des charges, compte tenu de l'élimination des produits et charges réciproques liés à des transferts entre branches ou avec le FSV.

À cette fin, la Cour s'assure du correct établissement des tableaux d'équilibre à partir des données comptables des entités entrant dans leur champ, de l'élimination de l'ensemble des produits et des charges réciproques de ces entités, de la pertinence des autres retraitements effectués au regard des principes comptables et de la permanence des méthodes mises en œuvre. De manière générale, elle apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement à travers et à l'appui des tableaux d'équilibre.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV par leurs auditeurs externes (Cour des comptes pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général, commissaires aux comptes pour la plupart des autres régimes et pour le FSV[52)].

⁂

En application de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2023 établis par la DSS, qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité et sociale pour l'année 2023.

À l'issue de ces vérifications dans les délais contraints d'examen des comptes et sur le fondement des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre précités fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle au regard des comptes arrêtés par les entités relevant de leurs périmètres respectifs. Elle formule néanmoins les observations suivantes :

1. des faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et des difficultés comptables continuent à affecter la fiabilité des comptes retracés dans les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2023, comme le soulignent le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2023 et les rapports d'opinion des commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole (MSA), du FSV et de l'établissement national des invalides de la marine (Énim) pour ce même exercice (cf. C- 1 infra) ;

2. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes annuels (cf. C- 2 infra).

[52] Sur cette question, voir C- 1 infra.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - La fiabilité des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre

Les opinions exprimées par les auditeurs externes sur les comptes des régimes de base de sécurité sociale et du FSV donnent un éclairage sur le degré de fiabilité qu'il est possible d'accorder aux données intégrées aux tableaux d'équilibre.

La situation de la branche famille conduit la Cour à constater qu'elle est dans l'impossibilité de certifier les comptes de cette branche pour l'exercice 2023[53].

La Cour avait, en 2022, refusé de certifier les comptes de la branche famille en constatant que, au regard du niveau auquel se situaient les indicateurs et de l'absence d'évolution du dispositif de contrôle interne, elle ne disposait pas de perspectives d'amélioration des indicateurs de risque d'incidence financière résiduelle après contrôle interne. La situation a évolué favorablement sur certains aspects en 2023. Toutefois, les progrès constatés, qui ne se traduisent pas encore en comptabilité, ne permettent pas de certifier les comptes de la branche.

Cette opinion affecte l'appréciation qui peut être portée sur la ligne « famille » du tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base, celle-ci reprenant de manière agrégée, après retraitement, les produits et les charges des comptes de la branche famille du régime général et, à l'identique, son résultat.

Dans ses opinions sur les comptes des autres branches du régime général de sécurité sociale, la Cour a constaté des anomalies comptables de moindre importance, ainsi que des insuffisances d'éléments probants à l'appui des montants comptabilisés dues à l'insuffisante capacité des dispositifs de contrôle interne à prévenir ou à détecter les erreurs d'attribution et de calcul des prestations sociales.

⁂

[53] Voir Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale*, exercice 2023, mai 2024.

La certification des comptes

À l'exception de régimes de petite taille auxquels s'attachent des enjeux financiers limités, les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale[54] ainsi que ceux du FSV relèvent, selon les cas :

- d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale, régime des pensions civiles et militaires de l'État, régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat) ;
- d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (15 régimes et le FSV) ;
- d'un audit « contractuel » -non conforme aux dispositions applicables qui prévoient un audit « légal »-, effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée[55].

[54] Mentionnés dans la liste figurant en annexe 1 au PLFSS pour 2024.
[55] Régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations, à l'exception de la CNRACL, ainsi que le régime de retraite de la Banque de France.

Tableau n° 14 : synthèse des opinions exprimées par les auditeurs externes sur les états financiers de l'exercice 2023 des régimes obligatoires de base et du FSV

	Branches du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2023
*Certification sans réserve **	-	CNIEG, Cropéra, régime spécial de sécurité sociale des personnels de la BDF, CRPCEN, CRP RATP, CNRACL Cavimac, CNAVPL, CPRP SNCF, CANSSM, FATIACL, FSPOEIE, Ratocem, Rentes AT (Mairie de Paris, AP de Paris), Risp, Chemin de Fer Outre-Mer, Chemin de Fer Éthiopie, CNMSS, CNBF, Préfecture du Haut-Rhin, CRPCF (Comédie Française)	8,0
*Absence de réserve ***	-	Régime des pensions des agents de l'État Régime de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat	9,0
Certification avec réserve(s)	Les branches maladie, AT-MP, vieillesse et autonomie du régime général et l'activité de recouvrement	Enim, MSA, FSV	74,3
Impossibilité de certifier	Branche famille		8,3

**Ou absence d'anomalie significative relevée dans le cadre d'un rapport d'examen limité (cf. C-3 infra)*
***Régimes sans personnalité morale distincte*
Source : Cour des comptes – Au 6 mai 2024

S'agissant des autres régimes, la Cour constate que leurs comptes ont été certifiés sans réserve par les commissaires aux comptes, sous quatre exceptions.

2 - Des modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre non conformes au cadre normatif en vigueur

Les tableaux d'équilibre sont présentés en regroupant, en recettes, les montants relatifs aux prélèvements sociaux affectés aux régimes de sécurité sociale et, en dépenses, les montants des prestations dont ils assurent le versement.

Or le montant des recettes et celui des dépenses sont chacun le résultat d'une contraction de produits et de charges, qui conduisent à intégrer aux tableaux d'équilibre :

- en réduction des produits : les pertes sur créances de cotisations, de CSG et d'autres impositions irrécouvrables (admissions en non-valeur, abandons de créances et remises de pénalités) ;
- en réduction ou en majoration des produits, selon le cas : l'augmentation ou la diminution des dépréciations de créances sur les cotisants et des provisions pour risques et charges relatives aux prélèvements sociaux ;
- en majoration ou en réduction des charges, selon le cas : l'augmentation ou la diminution des provisions pour rappels de prestations et des dépréciations de créances au titre des prestations.

Comme la Cour l'a souligné à de multiples reprises, les contractions ainsi opérées s'écartent du cadre fixé par les dispositions de niveau organique du code de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes annuels ainsi que du principe comptable général de non-compensation des produits et des charges.

De ce fait, elles minorent les montants des produits et des charges par rapport à ceux retracés dans les comptes des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 15,9 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 15,7 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et 0,2 Md€ pour le FSV).

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023

En application de l'article LO. 111-3-13 du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement un rapport figurant en annexe du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, qui retrace la situation patrimoniale, au 31 décembre 2023, des régimes obligatoires de base dont le bilan est supérieur à 30 M€ et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR) et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

Selon l'article LO. 111-4-4 du code de la sécurité sociale, ce rapport présente un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des entités précitées. Établi par la DSS, ce tableau a pour objet d'assurer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale et de ses principales composantes. À cette fin, il consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, après neutralisation de leurs actifs et passifs réciproques.

Le périmètre du tableau de situation patrimoniale est moins étendu que celui de la LFSS : certains régimes n'y sont pas intégrés, soit en l'absence de bilan, soit parce que le montant total de leur bilan est inférieur à 30 M€ et qu'ils ne sont pas autorisés à recourir à l'emprunt. De ce fait, les régimes de retraite de l'ex-Seita et de l'Assemblée nationale[56] ne sont pas compris dans son champ, non plus que les caisses de retraites du Sénat, même si le montant de leur bilan dépasse 30 M€[57] et sans explication probante justifiant cette dérogation.

A - Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023

Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 présenté ci-après figurera dans le rapport mentionné dans l'annexe au PLACSS pour 2023[58] soumis à l'approbation du Parlement.

Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 reflète une légère amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale, après une dégradation marquée notamment par les conséquences financières de la crise sanitaire.

[56] Caisses de retraites des députés et du personnel de l'Assemblée nationale.
[57] Au 31 décembre 2023, le total du bilan de la caisse de retraites des anciens sénateurs s'élève à 0,6 Md€ et celui de la caisse de retraites du personnel du Sénat à 0,7 Md€.
[58] Annexe prévue au 2°) de l'article LO. 111-4-4.

Tableau n° 15 : tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 (en Md€)

Actif (en Md€)	2023	2022	Passif (en Md€)	2023	2022
Immobilisations	**7,3**	**7,3**	**Fonds propres**	**- 92,2**	**- 99,2**
Immobilisations non financières	5,4	5,4	Dotations	24,6	24,0
Régime général	4,6	4,5	Régime général	10,0	8,1
Autres régimes	0,9	0,9	Autres régimes	9,4	8,7
			CADES	0,2	0,2
			FRR	5,0	7,1
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,2	1,2	Réserves	22,5	24,3
Régime général	0,9	0,9	Régime général	3,7	3,8
Autres régimes	0,3	0,3	Autres régimes	5,2	6,3
FRR	0,0	0,0	FRR	13,6	14,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,7	0,8	Report à nouveau	-149,4	-146,9
Régime général	0,7	0,8	Régime général	12,3	8,2
Autres régimes	0,0	0,0	Autres régimes	1,1	0,9
FSV	0,0	0,0	FSV	0,8	-0,5
CADES	0,0	0,0	CADES	-163,6	-155,4
			Résultat de l'exercice	8,5	-1,3
			Régime général	-10,7	-20,1
			Autres régimes	-1,3	-0,9
			FSV	1,1	1,3
			CADES	18,3	19,0
			FRR	1,0	-0,6
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	1,6	0,6
			Provisions pour risques et charges	17,2	17,1
Actif financier	60,6	57,1	Passif financier	174,0	179,8
Valeurs mobilières et titres de placement	38,2	35,1	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	164,7	169,7
Régime général	0,0	0,0	Régime général (échéance < 1 an)	13,8	26,1
Autres régimes	17,8	14,9	CADES (échéance < 1 an)	32,1	22,4

Actif (en Md€)	2023	2022	Passif (en Md€)	2023	2022
FSV	0,0	0,0	CADES (échéance > 1an)	118,8	121,1
CADES	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	5,6	5,4
FRR	20,4	20,1	Régime général (y compris prêts CDC)	4,6	4,5
Encours bancaire	20,3	20,3	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,1	0,0
Régime général	12,7	10,3	FSV	0,0	0,0
Autres régimes	4,5	5,3	CADES	0,8	0,8
FSV	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0
CADES	2,5	4,0	Dépôts reçus	0,2	0,2
FRR	0,5	0,7	Régime général	0,2	0,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	2,2	1,7	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,0
CADES	1,9	1,2	Autres	3,5	4,4
FRR	0,3	0,5	Autres régimes	3,0	3,0
			CADES	0,5	1,4
Actif circulant	109,3	106,9	Passif circulant	78,1	73,7
Créances de prestations	9,2	8,5	Dettes à l'égard des bénéficiaires	42,4	39,9
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,6	12,6	Dettes à l'égard des cotisants	4,9	4,8
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et impôts de sécurité sociale	64,6	61,4			
Créances sur l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	17,7	15,3	Dettes à l'égard de l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	19,9	18,1
Produits à recevoir de l'État	0,7	0,7			
Autres actifs	7,4	8,4	Autres passifs	10,9	10,9
Total de l'actif	177,2	171,3	Total du passif	177,2	171,3

Note : Les sous-totaux et totaux affichés ne correspondent pas systématiquement à la somme des montants, en raison de l'application des règles d'arrondis.
Source : DSS

Par analogie avec la présentation du compte général de l'État, le montant des fonds propres (- 92,2 Md€ au 31 décembre 2023, contre

- 99,2 Md€ fin 2022) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des LFSS.

En 2023, les fonds propres se sont améliorés de 7,0 Md€ (au titre des exercices précédents, ils s'étaient dégradés de 5,7 Md€ en 2022 et 6,8 Md€ en 2021) sous l'effet d'une double évolution.

En premier lieu, le résultat net d'ensemble est désormais positif de 8,5 Md€, en amélioration de 9,8 Md€ par rapport à 2022 sous l'effet notamment de la réduction du déficit global du régime général (passant de - 20,1 Md€ en 2022 à - 10,7 Md€ en 2023).

En deuxième lieu, le report à nouveau s'est dégradé de 2,5 Md€ (- 149,4 Md€ fin 2023 contre - 146,9 Md€ au 31 décembre 2022), essentiellement du fait de la Cades.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre passif[59] et actif financiers[60], a atteint 113,4 Md€ au 31 décembre 2023. Il enregistre une dégradation de 9,3 Md€, après trois années d'augmentation (7,4 Md€ en 2022, 4,6 Md€ en 2021, 36,0 Md€ en 2020). Cette réduction recouvre notamment :

- une augmentation de l'endettement financier net de la Cades (7,3 Md€), qui s'établit à 148,0 Md€ au 31 décembre 2023, ses passifs financiers ayant augmenté de 6,4 Md€[61], tandis que ses actifs financiers ont diminué de 0,9 Md€[62] ;
- une diminution de l'endettement financier net du régime général (14,7 Md€), qui s'établit à 5,9 Md€ au 31 décembre 2023, dont 1,5 Md€ portés par l'Acoss. Cette évolution reflète la nette diminution des dettes financières de l'Acoss (14,0 Md€ fin 2023 contre 26,3 Md€ fin 2022, dépôts compris), dont le plafond autorisé d'emprunt a été réduit de 65 Md€ à 45 Md€ en 2023. Pour une part, ces emprunts ont pour contrepartie des disponibilités, dont l'Acoss a maintenu le niveau par précaution (12,7 Md€ contre 10,3 Md€ fin 2022).

L'actif circulant est par ailleurs stable (109,3 Md€ contre 106,9 Md€ en 2022).

[59] Pour l'essentiel, l'endettement social est porté par la Cades et par l'Acoss.
[60] Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (21,2 Md€), la Cades (4,3 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (12,6 Md€), non doté de la personnalité morale, l'Acoss (12,6 Md€) et la MSA (3,2 Md€).
[61] Du fait notamment d'une forte hausse des titres de créances négociables (+ 6,6 Md€).
[62] Sous l'effet de la diminution des disponibilités (- 1,5 Md€) tandis que les dépôts de garantie ont augmenté (+ 0,8 Md€).

B - Avis de la Cour

Conformément aux dispositions de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, la Cour exprime un avis sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale du dernier exercice clos.

À cette fin, la Cour s'assure du correct établissement du tableau de situation patrimoniale à partir des données comptables des entités entrant dans son champ, de l'élimination de l'ensemble des actifs et des passifs réciproques de ces entités, de la pertinence des autres retraitements des données comptables effectués au regard des principes comptables et de la permanence des méthodes mises en œuvre. De manière générale, elle apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui du tableau de situation patrimoniale.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale, du FSV, de la Cades et du FRR par leurs auditeurs externes (la Cour, s'agissant des branches et de l'activité de recouvrement du régime général, et les commissaires aux comptes respectifs des autres régimes, du FSV, de la Cades et du FRR).

⁂

En application du 2° de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 établi par la DSS, qui figurera dans le rapport soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, ainsi que sur les éléments d'information qui lui ont été transmis.

À l'issue de ses vérifications, la Cour estime que le tableau de situation patrimoniale précité fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2023 qui en découle au regard des comptes arrêtés par les entités dans leurs périmètres respectifs. Elle formule à cet égard l'observation suivante :

1. la fiabilité des données comptables intégrées au tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 a un caractère variable et présente dans certains cas des insuffisances, comme le soulignent les opinions exprimées par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement et des branches du régime général de sécurité sociale et celles des commissaires aux comptes de la Cades, de la MSA, du FSV, de la CNAVPL et de l'Énim. (cf. C- 1 infra).

Par ailleurs, la Cour appelle l'attention sur les cinq éléments suivants, nécessaires à la compréhension des informations procurées par le tableau de situation patrimoniale au regard de celles portées dans les états financiers de plusieurs entités majeures de son périmètre :

- les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la Cades (15,2 Md€ au 31 décembre 2023)[63] ont été réintégrées aux fonds propres du FRR, en diminution de ses dotations[64] du fait de l'absence de comptabilisation par la Cades de créances réciproques sur le FRR[65]. Ce reclassement n'a pas d'incidence sur le montant total des fonds propres retracés par le tableau de situation patrimoniale, mais uniquement sur leur ventilation entre la Cades et le FRR ;
- le FRR ne comptabilise pas ses instruments financiers à leur valeur historique. Contrairement aux autres organismes de sécurité sociale, le fonds enregistre ces instruments à l'actif de son bilan, en application des dispositions spécifiques de la réglementation comptable applicable aux organismes de placement collectif en valeurs mobilières66, à leur valeur de marché (soit 20,4 Md€ au 31 décembre 2023) et inscrit, au passif, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (1,3 Md€) ;

[63] En vue de financer une partie des reprises de déficits des branches famille, maladie et vieillesse du régime général et du FSV, la LFSS pour 2011 a prévu le versement par le FRR à la Cades de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024, soit 29,4 Md€ au total.
[64] Par analogie avec le traitement comptable des versements du FRR aux régimes de retraite alors prévu à partir de 2020 (avis n°2008-10 du conseil national de la comptabilité - CNC -), les versements du FRR à la Cades sont opérés en premier lieu sur les réserves du fonds et, quand celles-ci sont épuisées, sur ses dotations. De ce fait, dans le tableau de situation patrimoniale, le montant restant dû à la Cades a été reclassé dans le poste « dotations » du FRR.
[65] Dans l'annexe à ses comptes, la Cades mentionne ces ressources en tant qu'engagements de financement reçus du FRR (hors bilan).
[66] Avis n° 2003-07 du conseil national de la comptabilité (CNC), modifié par l'avis n° 2008-10 du 5 juin 2008.

- une dette de 3,0 Md€ est comptabilisée par la caisse de réserve des employés de la Banque de France, non dotée de la personnalité morale, en contrepartie du transfert à cette caisse, décidé par le conseil général de la Banque de France, des actifs représentatifs de la réserve spéciale pour les retraites instituée par l'établissement en 2007[67] ;
- comme pour les exercices précédents, les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés en valeurs mobilières et titres de placement, pour un montant net de 5,5 Md€, en hausse de 0,7 Md€ par rapport à 2022[68]. Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement[69], ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers à une même rubrique (« actif financier ») ;
- le montant des fonds propres inscrit au passif du tableau de situation patrimoniale (- 92,2 Md€) comprend 9,8 Md€ de dotations comptabilisées au bilan de la Cnam[70], correspondant à la différence entre les montants qu'elle a perçus de la Cades au titre de la couverture de dotations[71] aux établissements participant au service public hospitalier (3 Md€ en 2023[72], soit 13 Md€ au total), entités non comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, et aux

[67] Les actifs ainsi transférés à compter du 1er janvier 2018 comprenaient l'avance initiale de 2 Md€ de titres de placement et 0,9 Md€ de trésorerie adossée à la réserve spéciale, auxquels se sont ajoutées deux dotations complémentaires en trésorerie, provenant de l'affectation à la réserve spéciale d'une partie du bénéfice de la Banque de France, de 0,7 Md€ et de 1,0 Md€ respectivement, au titre de 2017 et de 2018. La contrepartie de la réduction de l'avance consentie par la Banque de France est comptabilisée dans les produits de gestion technique de la caisse de réserve. Compte tenu de la sous-couverture des engagements de retraite au 31 décembre 2022 et des projections de couverture à fin 2023, les prestations réglementaires non couvertes par les revenus des portefeuilles titres ont été financées par une subvention versée par la Banque de France.

[68] Ces titres, essentiellement détenus par les régimes autres que le régime général, sont principalement portés par la CnavPL (2,5 Md€), la MSA (1,3 Md€), la CNBF (0,8 Md€), la CRPCEN (0,7 Md€) et la Banque de France (0,2 Md€).

[69] . Le plan comptable général (PCG) définit les valeurs de placement comme étant des titres acquis en vue de réaliser un gain à brève échéance, tandis que les titres de participation sont détenus de façon durable et permettent d'exercer une influence sur la société émettrice des titres ou d'en assurer le contrôle.

[70] Les dotations sont comptabilisées au compte #103 (biens de pleine propriété).

[71] L'article 1er de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un plafond de versements de la Cades de 13 Md€ dans la limite de 5 Md€ annuels, tandis que la Cnam verse des dotations aux hôpitaux sur une durée maximale de dix ans (art. 50 de la LFSS pour 2021).

[72] Conformément au décret n° 2023-12 du 11 janvier 2023.

versements effectués à ce titre par la Cnam à ces derniers (1,1 Md€ en 2023, soit 3,2 Md€ au total). Ces modalités de comptabilisation, prévues par l'article 50 de la LFSS pour 2021, conduisent à majorer de manière transitoire la situation nette présentée dans le tableau de situation patrimoniale.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

S'agissant du régime général de sécurité sociale, les données comptables intégrées au tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2023 présentent une fiabilité parfois insuffisante, comme le souligne l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille au motif d'insuffisances d'éléments probants sur les comptes. Par ailleurs, les commissaires aux comptes de la MSA[73], de l'Énim et du FSV ont certifié avec réserve leurs comptes.

Il est renvoyé sur ce point aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (cf. I- C- supra). En complément de ceux-ci, le tableau de situation patrimoniale est affecté par des erreurs relatives à la présentation des comptes des entités du régime général, notamment ceux de la branche maladie (non imputation des réserves facultatives de 1,3 Md€ au report à nouveau déficitaire).

S'agissant des entités comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, mais non dans celui des tableaux d'équilibre, la Cour note que les états financiers du FRR au 31 décembre 2023 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes. Ceux de la Cades ont été certifiés avec réserve par son commissaire aux comptes (auditeur contractuel), dont l'opinion relative aux montants de CRDS et de CSG comptabilisés tire notamment les conséquences des motifs du constat par la Cour de la certification avec réserves des comptes de l'activité recouvrement pour l'exercice 2022[74].

[73] Des retraitements ont été effectués par rapport au bilan combiné certifié afin d'intégrer uniquement les données comptables relatives au régime de base.
[74] Le rapport des commissaires aux comptes 2023 de la Cades a été remis le 29 mars 2024, avant la publication par la Cour, en mai, du rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2023.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au regard des comptes arrêtés des entités comprises dans leurs champs respectifs, sous réserve des observations formulées dans le présent avis, les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de l'exercice 2023 qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale fournissent une représentation cohérente du résultat (« solde ») et de la situation patrimoniale des entités en question avec les comptes publiés.

Par rapport à ceux de l'exercice 2022, les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2023 restent affectés par une fiabilité parfois insuffisante des données comptables qui y sont intégrées. En effet la Cour a relevé d'autres anomalies significatives ainsi que des insuffisances d'éléments probants affectant les comptes de l'activité de recouvrement et des branches de prestations du régime général.

Par ailleurs, comme les années précédentes, les montants de produits (« recettes ») et de charges (« dépenses ») retracés dans les tableaux d'équilibre et concourant aux soldes précités résultent de contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale.

Ces difficultés de mise en œuvre pour le second exercice d'application de la réforme de la procédure d'approbation définitive des comptes de la sécurité sociale, ainsi que la dégradation de la piste d'audit cette année pour une partie des retraitements effectués aux tableaux d'équilibre doivent conduire la DSS à mieux documenter les travaux de production des tableaux afin de permettre à la Cour de disposer d'une piste d'audit adéquatement formalisée, et ce, en un temps suffisant pour rendre ses avis d'audit.

La Cour formule ainsi les recommandations de gestion suivantes au ministère du travail, de la santé et des solidarités :

1. *(recommandation reformulée) en cohérence avec le nouveau délai de production des annexes aux comptes, avancer de dix jours la date de production des comptes provisoires et définitifs;*
2. *(recommandation réitérée) renforcer la traçabilité, la formalisation et l'explication des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre et revoir les modalités d'établissement de ces derniers, afin de permettre à la Cour de disposer d'un temps suffisant pour rendre ses avis ;*

3. *(recommandation réitérée) mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.*

Annexe

Tableau n° 16 : régimes intégrés au tableau d'équilibre

	Risque Maladie-Invalidité	Risque AT-MP	Risque Vieillesse
Régime des salariés agricoles (MSA)	X	X	X
Régime des exploitants agricoles (MSA)	X	X	X
Régime de retraite des professions libérales (CNAVPL et ses sections)			X
Régime de retraite des avocats (CNBF)			X
Régime des fonctionnaires civils et militaires de l'État	X*	X*	X
Régime spécial maladie-maternité des militaires (CNMSS)	X		
Fonds des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)	X*	X	X
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL)	X*		X
Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales (FATIACL)		X	
Régime spécial de sécurité sociale dans les mines (CANMSS)	X	X	X
Régime spécial des industries électriques et gazières (CNIEG)	X*	X	X
Régime des agents de la SNCF	X	X	X
Régime des agents de la RATP	X	X	X
Régime des invalides de la marine (Énim)	X	X	X
Régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	X		X
Régimes des cultes (Cavimac)	X		X
Caisse de pension des députés et des anciens députés et caisse de retraite du personnel de l'Assemblée nationale	X		X
Caisses des retraites des anciens sénateurs et du personnel du Sénat	X		X

	Risque Maladie-Invalidité	**Risque AT-MP**	**Risque Vieillesse**
Régime des personnels de la Banque de France		X	X
Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées (SASPA)			X
Ex-SEITA			X
Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris (Cropera)			X
Caisse de retraites du personnel de la Comédie Française (CRPCF)			X
Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (Risp)			X
Rentes accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires (Ratocem)		X	
Paris (Mairie, Département, AP-HP)		X	
Préfecture du Haut-Rhin			X
CRFCE (agents des chemins de fer d'Ethiopie)			X
CRRFOM (agents des chemins de fer d'outre-mer)			X

*Note : Les tableaux reposent sur la notion de branche et non de risque. Par conséquent les prestations effectivement prises en charge peuvent varier entre les régimes identifiés comme disposant d'une même branche. Il en résulte que le risque invalidité est conventionnellement inclus dans la branche maladie pour les personnes dont l'âge légal de départ à la retraite et dans la branche vieillesse après. Certains régimes d'assurance vieillesse servent des pensions d'invalidité ou de rentes. Lorsque ce sont les seules prestations incluses dans les comptes de la branche, il est indiqué *.*
Source : Tableau 1 - liste des régimes, annexée 1 au PLFSS 2024

Chapitre II

Un nouveau dépassement de l'Ondam en 2023, une impérative reprise en main de son pilotage dès 2024

PRÉSENTATION

L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) s'élève, en exécution, à un montant estimé de 247,8 Md€ en 2023, équivalent à celui de 2022 (247,1 Md€). Cette apparente stabilité recouvre toutefois deux mouvements inverses : d'une part, la quasi-fin des coûts liés à la crise sanitaire (- 10,6 Md€), d'autre part, une progression des dépenses pérennes de 4,8 %, supérieure à l'objectif de 3,5 % fixé par la loi de financement pour 2023, un dépassement étant constaté pour la deuxième année consécutive. De fin 2019 à fin 2023, l'Ondam hors Covid a progressé de 23,4 %.

La progression des dépenses hors covid tient aux effets cumulés de l'inflation, des revalorisations salariales en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux, de l'activité des soins de ville et des produits de santé, ainsi que des aides exceptionnelles versées aux établissements de santé et médico-sociaux. Les mesures de régulation, qui contribuent au pilotage de l'Ondam, ont été très réduites.

Les montants versés aux établissements de santé et médico-sociaux n'ont pas empêché, pour la deuxième année consécutive et selon des données encore provisoires, des déficits très importants. La reprise trop limitée de l'activité des hôpitaux publics après la crise sanitaire n'a pas permis pas d'absorber les revalorisations salariales ni les effets de l'inflation.

Le dépassement de l'Ondam en 2023 conduit mécaniquement à un ressaut des dépenses qui pèsera sur les déficits futurs de l'assurance-maladie. En 2024, le ralentissement attendu de la progression de la dépense à 3,2 % dépendra notamment de la capacité des pouvoirs publics à maîtriser la dynamique de l'activité et à réaliser un montant d'économies de 3,5 Md€, nettement plus élevé que celui de ces dernières années, pour compenser 4,6 Md€ de mesures nouvelles.

D'ici à 2027, la trajectoire de l'Ondam reviendrait à un rythme de progression de l'ordre de 3 % par an, qui suppose de vigoureuses mesures d'économies à court terme, accompagnées de réformes structurelles du système de santé. Un tel rythme serait toutefois supérieur à celui antérieur à la crise sanitaire. Il ne permettrait pas de réduire le déficit de l'assurance-maladie, qui serait l'ordre de 9 Md€ par an jusqu'en 2027, après 11,1 Md€ constaté en 2023.

Le présent chapitre analyse les causes du dépassement de l'Ondam en 2023 et les incertitudes sur la tenue de la trajectoire d'ici à 2027 (I). La maîtrise de la progression des dépenses passe par des mesures fortes et ciblées au sein de chacun des sous-objectifs (II).

Chiffres-clés[75]

Graphique n° 5 : répartition des 246,8 Md€ de dépenses de l'Ondam hors covid en 2023 (en Md€)

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

L'Ondam est constitué de six sous-objectifs correspondant aux grands secteurs de l'offre de soins. Les deux principaux sont les soins de ville (42,4 %) et les établissements de santé (41,6 %). Les dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sont incluses dans ces deux enveloppes.

L'Ondam, a un champ proche de la dépense courante de santé (DCSi), utilisée dans les comparaisons internationales, qui s'élevait à 313,6 Md€ en 2022. Les dépenses courantes de santé sont prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire à titre principal (80 %), par les organismes complémentaires de santé (13 %) et par les patients eux-mêmes (7 %)[76], soit un reste à charge en moyenne de 250 € par personne en 2022. En 2021, le reste à charge des ménages était en France le plus faible de l'OCDE avec le Luxembourg[77].

Le pilotage de l'Ondam

L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam), adopté chaque année par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale et faisant l'objet d'une annexe dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comme dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS), est un outil de régulation des dépenses de santé, instauré par la loi organique du 22 juillet 1996, relative aux lois de financement de la sécurité sociale (« norme de dépenses pilotables »). Il est conçu comme un objectif à ne pas dépasser, sans constituer un plafond au sens strict.

[75] Données de la direction de la sécurité sociale d'avril 2024.
[76] Drees, *Les dépenses de santé en 2022*, édition 2023.
[77] *Op. cit*. p. 181.

Le périmètre de l'Ondam comprend 80 % des dépenses de la branche maladie (rémunération des personnels de santé, dotations aux établissements de santé publics et privés, produits de santé, indemnités journalières maladie), de la branche autonomie (dotations aux établissements médico- sociaux pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap) et 36 % des dépenses de la branche accident du travail et maladies professionnelles. Il n'inclut pas les indemnités journalières maternité et paternité, les pensions d'invalidité, ni les rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles.

Des enveloppes indicatives sont fixées chaque année pour chacun des six sous-objectifs : soins de ville ; établissements de santé ; établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées ; établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap ; fonds d'intervention régional (FIR) et soutien national à l'investissement ; autres prises en charge.

Les dépenses sont diminuées par trois produits : les remises négociées avec les entreprises pharmaceutiques sur les prix publics des médicaments ; un prélèvement sur leur chiffre d'affaires en cas de dépassement d'un plafond de dépenses de médicament fixé en loi de financement de la sécurité sociale (clause de sauvegarde) ; une contribution des organismes complémentaires au titre des rémunérations forfaitaires versées aux médecins et autres professionnels de santé. La part de ces produits atténuatifs au sein de l'Ondam a augmenté fortement ces dernières années.

L'Ondam peut être révisé postérieurement à la clôture des comptes des organismes de sécurité sociale pour tenir compte d'écarts sur les provisions. Les dépenses prises en compte sont celles nées au cours de l'exercice, réglées ou provisionnées à l'arrêté des comptes. Un constat provisoire intervient à cette date et le constat définitif est arrêté en année n+2.

La supervision de l'exécution de l'Ondam est confiée à un comité d'alerte composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental. Ce comité adresse une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales maladie en cas de risque de dépassement de l'objectif adopté en loi de financement de la sécurité sociale supérieur à 0,5 %, pour que puissent être adoptées des mesures de redressement.

I - Un nouveau dépassement en 2023, une trajectoire d'ici 2027 à réviser

Le rythme de progression des dépenses de l'Ondam hors covid est passé de 2,4 % par an en moyenne de 2015 à 2019 à 5,4 % durant la crise sanitaire de 2019 à 2023. Pour la troisième année consécutive, l'Ondam exécuté hors covid dépasse l'objectif de dépenses voté en LFSS initiale. De 2015 à 2018, en revanche, l'objectif a toujours été respecté. L'insuffisante maîtrise des dépenses en 2023 fait peser des incertitudes sur la capacité des pouvoirs publics à tenir la trajectoire d'ici à 2027. Celle-ci repose en effet sur l'hypothèse d'une progression des dépenses ramenée à 3 % par an, un rythme cependant plus rapide que celui d'avant la crise sanitaire. Un tel ralentissement impliquerait d'importantes mesures d'économie.

Graphique n° 6 : évolution des dépenses d'Ondam hors covid constatées par rapport aux LFSS (en Md€)

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

A - Un objectif non tenu de ralentissement des dépenses en 2023

L'objectif d'inflexion de l'évolution de l'Ondam affiché en LFSS pour 2023, après deux années de forte croissance en 2021 et en 2022, n'a pas été tenu en exécution. Face au risque prévisible de dépassement du seuil d'alerte à mi-année, les mesures de régulation infra-annuelle sont restées limitées alors que le comité d'alerte appelait à « *une grande vigilance* »[78].

1 - Un Ondam 2023, révisé à la hausse à deux reprises en cours d'exercice, en lieu et place de réformes d'efficience

Après les très fortes progressions de l'Ondam hors covid de 10,1 % en 2021 et de 6,2 % en 2022, l'Ondam 2023 adopté en LFSS (243,1 Md€) était en hausse de 3,5 %. Cet objectif de net ralentissement du rythme de progression des dépenses imposait de mobiliser de manière vigoureuse les marges d'efficience du système de soins[79].

Il était ainsi prévu que les dépenses progressent moins vite que l'inflation. Cela supposait que les économies associées à la construction de l'Ondam soient effectivement mises en œuvre et qu'une attention particulière soit accordée à la régulation infra-annuelle.

Dès la loi de financement rectificative de la sécurité sociale d'avril 2023, l'Ondam a été rectifié (+ 0,75 Md€) pour intégrer une mesure ciblée de prorogation de la majoration des rémunérations d'horaires de nuit et de garde des personnels hospitaliers (0,6 Md€) et pour couvrir en partie la dynamique des dépenses de soins de ville (0,15 Md€). Ces mesures n'ont pas été gagées par des économies.

Selon les données provisoires de la direction de la sécurité sociale[80], les dépenses d'Ondam 2023 hors covid se sont finalement établies à 246,8 Md€, en progression de 4,8 % (+ 11,4 Md€) par rapport à 2022. La hausse de l'Ondam a, de ce fait, été identique à l'inflation révisée (4,8 %).

[78] Avis du 7 juin 2023.
[79] Cour des comptes, Ralfss 2023, *Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé*.
[80] Les données définitives de l'exercice 2023 seront arrêtées en avril 2025, soit en année n+2, selon le calendrier habituel du suivi de l'Ondam.

Des dépenses covid résiduelles en 2023, conformes à la provision

Les dépenses covid de l'Ondam se sont établies à 1,1 Md€ en 2023, à un niveau proche de celui inscrit dans l'Ondam initial (1 Md€). De 2020 à 2023, le total des dépenses covid de l'Ondam s'est ainsi élevé à près de 50 Md€.

2 - Des mesures de régulation limitées

L'avis du comité d'alerte du 15 avril 2023 a relevé la « *forte dynamique début 2023 de certaines dépenses sans lien avec l'épidémie de covid, en particulier les indemnités journalières, surtout celles de courte durée, les produits de santé et les transports sanitaires* »[81].

Dans son avis suivant du 7 juin 2023, le comité n'a pas anticipé les mesures salariales de revalorisation du point d'indice de la fonction publique et de prime exceptionnelle (1,6 Md€) adoptées par le décret n° 2023-519 du 28 juin et applicables au 1er juillet. Il a appelé à adopter, en tant que de besoin, certaines mesures de régulation, mais n'a pas alors « *observé un infléchissement de tendance tel qu'il le conduirait à signaler un risque sérieux de dépassement au-delà du seuil de 0,5 % (1,2 Md€)* ».

La construction de l'Ondam 2023 intégrait une provision exceptionnelle pour risque d'inflation de 0,8 Md€. La provision pour la renégociation conventionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes (0,1 Md€), qui n'a pas abouti, laissait aussi une marge de financement. Dans un contexte d'inflation supérieure à la prévision, ces provisions étaient de nature à en absorber l'essentiel de l'impact.

En outre, selon la pratique habituelle, la programmation initiale de l'Ondam 2023 comprenait une mise en réserve de 0,3 % (0,7 Md€)[82]. Elle portait sur chacun des sous-objectifs à l'exception de celui des soins de ville, pourtant le plus important (42 % des dépenses) et à l'origine des dépassements en 2022. Comme en 2022, les mises en réserve se sont traduites par une annulation pour les seuls établissements et services médico-sociaux, à hauteur de 0,2 Md€.

[81] Avis du 15 avril, puis ceux des 7 juin et 13 octobre 2023.
[82] Ce dispositif est confirmé par la LPFP 2023-2027.

3 - Un dépassement 2023 pris en compte *a posteriori* par la loi de financement pour 2024

Le dépassement par rapport à la LFRSS d'avril 2023 (3 Md€) est dû aux mesures salariales pour les personnels hospitaliers et médico-sociaux (1,6 Md€), à l'activité des soins de ville (1,1 Md€) -notamment l'effet-prix sur les indemnités journalières-, à une rallonge financière allouée aux établissements de santé en mars 2024 pour atténuer leur déficit de 2023 (0,4 Md€[83]), au fonds d'intervention régionale (0,3 Md€), que viennent atténuer une sous-exécution des subventions aux établissements médico-sociaux (- 0,3 Md€), et une sous-exécution des dotations des autres prises en charge (- 0,1 Md€).

L'Ondam 2023 a été rectifié par la LFSS pour 2024 afin de tenir compte de ce dépassement. L'exécution finale hors covid est encore en dépassement de 0,1 Md€.

Pour la troisième année consécutive, l'Ondam exécuté hors covid a ainsi dépassé l'objectif voté en LFSS initiale (+ 0,2 % en 2021, + 1,5 % en 2022, + 1,5 % en 2023), malgré des taux de progression prévisionnels bien supérieurs à ceux d'avant la crise sanitaire et l'existence des provisions.

[83] La rallonge était de 0,5 Md€ mais une partie a été financée par redéploiement de crédits au sein du sous-objectif des établissements de santé.

Graphique n° 7 : évolution de l'Ondam 2023 constaté par rapport à la LFSS hors covid (en Md€)

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

4 - Un risque de dépassement plus élevé pour le constat définitif

Les dépenses de l'Ondam sont diminuées des recettes issues des remises et de la clause de sauvegarde sur les produits de santé. Ces recettes sont estimées lors de la clôture des comptes mais leur montant définitif n'est connu que beaucoup plus tardivement.

Au regard de l'importance prises par ces recettes (cf. *infra*) et dans la mesure où les entreprises pharmaceutiques contestent les modalités de calcul des outils de régulation du médicament, les pouvoirs publics indiquent vouloir s'inscrire dans un nouveau mode de régulation, fondé sur la négociation d'un accord-cadre. Cela crée une incertitude sur le montant final des dépenses de médicaments et sur l'Ondam 2023 constaté.

B - Une trajectoire qui n'assure pas le retour à l'équilibre de l'assurance-maladie

La LFSS pour 2024 prend acte du dépassement de l'Ondam constaté en 2023 et relâche la contrainte du ralentissement des dépenses pour 2024 et pour les exercices suivants. La trajectoire de l'Ondam d'ici à 2027 entretient de ce fait le déficit de la branche-maladie.

1 - En 2024, un nouveau risque de dépassement malgré un relâchement de la contrainte financière

Les facteurs de dépassement de l'Ondam liés à la crise sanitaire et à l'inflation ont disparu mais le respect de l'Ondam 2024 reste incertain.

a) Un relâchement de la contrainte financière

La LFSS pour 2024 a fixé l'Ondam à 254,7 Md€. Ce faisant, elle a intégré le dépassement de 2023, d'une part, et a fixé la progression à 3,2 % (0,7 point de plus que la prévision d'inflation) contre précédemment 2,7 % (0,3 point inférieur à l'inflation). La contrainte de l'Ondam a été de ce fait doublement relâchée.

En outre, la construction de l'Ondam 2024 intègre 4,6 Md€ de mesures nouvelles (voir détail *infra*). Leur financement est en partie couvert par des économies prévisionnelles (3,5 Md€) et par des mesures de gestion du risque (0,9 Md€). Toutefois, leur montant total est nettement plus élevé que les années précédentes et n'est pas assuré. De ce fait, le respect de l'Ondam 2024 apparaît fragilisé. L'avis du comité d'alerte du 15 avril 2024 insiste sur la « *vigilance renforcée* » nécessaire, et tout particulièrement sur la situation financière préoccupante des établissements publics de santé.

Graphique n° 8 : évolution de l'Ondam prévu en LFSS pour 2024 par rapport à l'Ondam 2023 constaté hors covid (en Md€)

Source : Cour des comptes à partir de la LFSS pour 2024 et des données transmises par la DSS

Par ailleurs, la provision « covid » incluse dans l'Ondam 2024 initial est désormais résiduelle : 0,2 Md€, contre 1,1 Md€ en Ondam 2023 constaté. Il n'y a donc plus lieu d'identifier spécifiquement cette dépense.

b) Des mesures de maîtrise des dépenses en partie surestimées

La lutte contre les fraudes est un enjeu financier majeur pour l'assurance-maladie.

Un impératif changement d'échelle dans la lutte contre les fraudes

Le montant des fraudes aux prestations de l'assurance-maladie peut être estimé entre 3,8 Md€ et 4,5 Md€[84], soit plus du tiers du déficit de la branche en 2023. La majeure partie de ces montants relève de la fraude des professionnels de santé.

En 2023, les montants de fraude détectés par la caisse nationale de l'assurance-maladie (Cnam) sont en net progrès, avec un montant de 467 M€, dont 168 M€ de préjudices évités et 299 M€ de préjudices détectés et recouvrés à hauteur de 200 M€.

Sans méconnaître la difficulté des actions à conduire ni les efforts accomplis, la Cour estime qu'un changement d'ampleur est toutefois nécessaire. Même si les objectifs fixés à la Cnam ont été fortement augmentés dans la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 (500 M€ de fraudes à juguler en 2024) et rehaussés à nouveau au printemps 2024 par le Gouvernement (800 M€ par an de 2024 à 2027), ils restent encore trop éloignés de la fraude estimée.

Par ailleurs, l'objectif d'économies consécutives à la lutte contre les fraudes, fixé par la LFSS pour 2024 (180 M€), simple reconduction de l'objectif 2023, est fixé à un niveau nettement inférieur aux résultats actuels de la Cnam et aux objectifs qui lui sont assignés par la convention d'objectifs et de gestion.

L'Ondam 2024 inclut des mesures visant à partager la charge de l'assurance-maladie avec les assurés[85], notamment l'effet en année pleine de la hausse 2023 du ticket modérateur dentaire (0,4 Md€), la révision de la tarification nationale journalière des prestations (0,1 Md€)[86] ainsi que le doublement en 2024 des participations forfaitaires et des franchises

[84] Cour des comptes, Ralfss 2023 chapitre VII, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore*. Voir aussi Ralfss 2020 chapitre IX, *Le versement à bon droit des prestations sociales : des erreurs trop fréquentes, des progrès indispensables.*

[85] L'assurance-maladie prend en charge la majeure partie des dépenses de santé mais laisse un reste à charge aux assurés (ticket modérateur sur les soins, les médicaments ou l'appareillage, franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux ou les transports sanitaires, participation forfaitaire sur les consultations médicales. Dans certaines situations, les assurés sont exemptés de ces restes à charge. Les organismes complémentaires de santé en couvrent la plus grande part.

[86] L'arrêté du 15 avril 2024, applicable au 1er mars 2024, révise la tarification des activités de soins médicaux et de réadaptation.

(0,8 Md€)[87]. Le report de l'entrée en vigueur d'une partie de ces mesures réduit l'économie pour l'assurance-maladie de 0,2 Md€ en 2024.

Les économies réalisées au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ont été en nette baisse durant la crise sanitaire (377 M€ en 2019, 167 M€ en 2022) et sont restées en-deçà des objectifs assignés[88]. L'objectif fixé pour 2024 de 720 M€ d'économie implique une efficacité accrue.

Les recettes atténuant les dépenses relatives aux produits de santé (10,1 Md€ en 2023), qui avaient déjà augmenté de 36 % en 2023, progresseraient encore de 13 % en 2024, soit 1,3 Md€. La réalisation de cet objectif pourrait néanmoins être fragilisée par l'assouplissement des règles de déclenchement des clauses de sauvegarde sur les produits de santé en LFSS 2024 (voir *infra*).

Enfin, le rétablissement d'une mesure d'économie sur les établissements de santé (0,6 Md€), après une suspension en 2022 et 2023 durant la crise sanitaire, implique d'importants efforts d'optimisation des achats dans le cadre du programme de performance hospitalière pour les achats responsables (Phare) et de régulation de l'intérim médical. Il est par ailleurs prévu des mesures d'efficience et de régulation tarifaire sur des secteurs des soins de ville, notamment sur la biologie (0,3 Md€).

Compte tenu de ces incertitudes, qui pourraient atteindre 1 Md€, il est nécessaire de conditionner l'application des mesures nouvelles en dépenses à la garantie de la réalisation préalable de ces économies.

c) Des mesures nouvelles qui devraient pouvoir être régulées

Le total des mesures nouvelles -y compris mesures salariales- comprises dans l'Ondam 2024 s'élève à 4,6 Md€, dont 2 Md€ pour les établissements de santé, 1,6 Md€ pour les soins de ville, 1,1 Md€ pour les établissements et services médico-sociaux, 0,1 Md€ pour l'Établissement français du sang[89].

---

[87] Par décret n° 2024-114 du 16 février 2024 pour les franchises médicales appliquées aux boîtes de médicaments, aux actes effectués par un auxiliaire médical et aux transports sanitaires ; par décret n° 2024-113 du 16 février 2024 et décision de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie du 24 avril 2024 pour la participation forfaitaire aux consultations et actes médicaux.

[88] 51 % en 2019 et 22 % en 2022. Les données 2020 et 2021 ne sont pas disponibles.

[89] Le montant intègre une économie de 0,2 Md€ liée à la fin des dépenses ponctuelles du Ségur de la santé.

Plusieurs de ces mesures sont incontournables : il en va ainsi des mesures salariales en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux de la fonction publique (0,6 Md€[90]) et de l'extension en année pleine des premières revalorisations des honoraires des médecins, dans l'attente de la conclusion des négociations conventionnelles[91] (provisionnée à 1,6Md€).

D'autres mesures nouvelles pourraient, le cas échéant, être différées, telles que les mesures supplémentaires d'attractivité des personnels des établissements de santé (0,5 Md€) ou les mesures hors Ségur pour les établissements de santé et médico-sociaux (1,3 Md€). Les éventuels besoins résultant de l'inflation devraient être couverts dans la limite de la provision prévue à ce titre (0,7 Md€). Il reste aussi une marge tenant à l'abandon de la mesure de financement de la hausse des cotisations sociales vieillesse des personnels hospitaliers et médico-sociaux affectés à la caisse nationale de retraite des collectivités locales (CNRACL) pour 0,2 Md€, compensée en 2024 par une baisse équivalente des cotisations maladie.

2 - Une trajectoire d'ici à 2027 qui entérine le déficit de l'assurance-maladie

Comme le montre le graphique ci-après, l'Ondam a été strictement encadré de 2015 à 2019 pour évoluer à un rythme inférieur à celui du PIB en volume. Durant la crise sanitaire, l'Ondam hors covid a, au contraire, progressé plus fortement que la richesse nationale.

Pour l'avenir, le rythme de progression de l'Ondam inscrit en loi de programmation des finances publiques 2023-2027 et en LFSS pour 2024 tendrait à s'infléchir. Il est fixé à 3 % en 2025 puis à 2,9 % en 2026 et en 2027. Compte tenu des prévisions d'inflation et de croissance, cette progression représente une contrainte forte (retour à une progression de l'Ondam un peu inférieure à celle du PIB). Elle implique des mesures d'économie pour tenir la trajectoire d'ici à 2027.

[90] Ce solde comprend l'extension en année pleine de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique au 1er juillet 2023 (630 M€), le rehaussement de 5 points pour les agents au 1er janvier 2024 (740 M€), le rehaussement de points pour les bas salaires (90 M€) et la non-reconduction de mesure indemnitaire ponctuelle de 2023 (- 860 M€).
[91] En l'absence d'accord entre la Cnam et les médecins sur une nouvelle convention médicale, un règlement arbitral est entré en vigueur le 1er mai 2023. Il proroge la convention médicale de 2016 en y apportant des évolutions. Certaines mesures de revalorisation et la simplification de l'aide à l'emploi d'assistants médicaux sont d'ores et déjà effectives.

Graphique n° 9 : évolution de l'Ondam hors covid en volume comparée au PIB en LFSS 2024

Source : Cour des comptes à partir des LFSS

Pour autant, une telle trajectoire ne permettrait pas de résorber le déficit de la branche maladie de 11,1 Md€ en 2023 mais seulement de le stabiliser à 9 Md€ en moyenne de 2024 à 2027. Ce déficit structurel tient aux revalorisations salariales des personnels hospitaliers et médico-sociaux (10,9 Md€ de 2021 à 2023) et à la dynamique d'activité des soins de ville. Le retour à l'équilibre financier de la branche, comme à la veille de la crise sanitaire, impliquerait des réformes profondes.

Il importe, au-delà, de prévoir aussi le financement des besoins croissants en santé résultant du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et de l'effet de l'innovation. De manière regrettable, la loi de programmation des finances publiques pour 2023-2027, la stratégie nationale de santé 2023-2033 en cours de finalisation[92], et la nouvelle génération des projets régionaux de santé (2023-2027) préparés par les agences régionales de santé n'ont pas été l'occasion de définir une approche consolidée d'objectifs et de moyens en matière de santé, malgré la concordance de leurs calendriers de préparation en 2023.

[92] Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a rendu un rapport le 28 mars 2023 et une consultation publique a été conduite en septembre 2023.

3 - Une hausse moins rapide de la prise en charge des complémentaires de santé

Par contraste avec la progression annuelle moyenne des dépenses d'Ondam entre 2019 et 2022 (+ 5,4%), les prestations des organismes complémentaires de santé (32,8 Md€ en 2022[93]) ont progressé de 2,6 % par an seulement durant la même période[94]. En conséquence, leur part a mécaniquement diminué, passant de de 16 % en 2019 à 14,6 % en 2022.

Un plus grand effort pourrait être demandé aux organismes complémentaires de santé : les remboursements de soins aux assurés représentent 80 % du montant des cotisations, leurs frais de gestion environ 15 %[95]. Par ailleurs, les provisions techniques, qui relèvent pour l'essentiel des entreprises d'assurance, ont augmenté de 13,5 % durant la crise sanitaire[96].

Une meilleure articulation entre assurance-maladie obligatoire et organismes complémentaires de santé

Les organismes complémentaires de santé contribuent aux dépenses d'Ondam sous la forme d'une contribution pérenne à la rémunération forfaitaire par objectif des médecins (0,3 Md€ par an de 2020 à 2023, alors que les forfaits ont augmenté de 22 % de 2021 à 2023 pour atteindre 2,2 Md€). Durant la crise sanitaire, elles ont versé une contribution ponctuelle au titre des dépenses covid (1,5 Md€ en 2020 et 2021). Enfin, un transfert, aux organismes d'assurance maladie complémentaire, de prise en charge de soins dentaires (0,5 Md€) a été décidé en LFSS pour 2023. Outre ces mesures financières, une coopération accrue est à rechercher pour conduire notamment des actions de lutte contre les fraudes et de prévention en santé.

[93] Hors frais de gestion des sinistres de 1,7 Md€.
[94] *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Drees, rapport 2023.
[95] 6,2 Md€ de frais de démarchage de nouveaux adhérents et de frais d'administration, parmi lesquels une part de dépenses de prévention en santé non documentée.
[96] Elles sont passées de 94 Md€ en 2019 à 106,7 Md€ en 2022.

II - Des dynamiques hétérogènes par sous-objectifs qui imposent des pilotages ciblés

De fin 2019 à fin 2023, la progression moyenne de l'Ondam hors covid de 5,4 % par an masque des disparités importantes selon les professions ou les secteurs. Le respect de la trajectoire d'ici 2027 et son inflexion pour tendre vers un retour à l'équilibre de la branche maladie impliquent un pilotage spécifique à chaque sous-objectif et des mesures de réforme.

Graphique n° 10 : exécution 2023 de l'Ondam hors covid par sous-objectif comparée à la LFSS et aux exécutions 2022 et 2021 (en Md€)

Source : Cour des comptes à partir des données de la direction de la sécurité sociale

A - Des mécanismes de maîtrise des dépenses à resserrer ou à créer pour les soins de ville et les produits de santé

Au regard de la dynamique de ces dépenses, le respect en 2024 du sous-objectif « soins de ville » (+ 3 %) appelle un renforcement et une extension des mécanismes conventionnels et de régulation des dépenses, en particulier pour les professions ou secteurs les plus dynamiques, notamment les médecins spécialistes, les transporteurs sanitaires, les indemnités journalières de droit commun (hors covid) ainsi que les producteurs de dispositifs médicaux.

1 - Des dynamiques de dépenses des soins de ville qui appellent une régulation cohérente avec la norme d'évolution de l'Ondam

En 2023, les dépenses de soins de ville hors produits de santé et hors covid (72,2 Md€) sont en augmentation de 4,6 %, après déjà 5,3 % en 2022. Les plus fortes hausses se concentrent sur les honoraires de médecins spécialistes, les indemnités journalières et les transports sanitaires.

Par contraste, les dépenses de biologie hors covid n'ont progressé que de 1,2 % en 2023 en raison de mesures conventionnelles de régulation, en particulier de réductions de tarifs[97]. Elles s'inscrivent dans un contexte financièrement très favorable aux laboratoires pendant la crise covid, du fait de tarifs de test maintenus trop longtemps à des niveaux élevés, alors même que les investissements des laboratoires en automates étaient déjà largement amortis[98].

[97] L'avenant 11 à la convention entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et l'assurance-maladie, signé le 10 janvier 2023, prévoit une baisse du prix de la lettre clé au 1er février 2023 (économie de 135 M€), des baisses et augmentations de tarif (45 M€), une enveloppe de dépenses pour les nouveaux actes (150 M€).

[98] Par comparaison aux tarifs appliqués en Allemagne, leurs gains peuvent être estimés à 0,8 Md€. Voir Cour des comptes, Ralfss 2021, *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants*.

Tableau n° 17 : exécution 2023 des soins de ville (en Md€)

En Md€	Réalisé 2023 provisoire	Réalisé 2022 définitif	Écart 2023 / 2022	
Honoraires médicaux et dentaires	28,4	27,2	1,2	4,4 %
dont médecins généralistes	6,3	6,3	- 0,0	- 0,6 %
dont médecins spécialistes	14,7	13,8	0,8	6,0 %
dont chirurgiens-dentistes	4,7	4,5	0,1	3,3 %
dont rémunération forfaitaire	2,3	2,1	0,2	10,5 %
Honoraires paramédicaux	15,4	15,0	0,4	2,7 %
dont infirmiers	9,4	9,5	- 0,0	- 0,3 %
dont masseurs-kinésithérapeutes	4,9	4,6	0,3	7,1 %
Biologie	3,8	5,5	- 1,7	- 31,1 %
dont covid	0,1	1,9	- 1,7	- 94,0 %
Transports sanitaires	6,0	5,5	0,5	9,1 %
Indemnités journalières (y compris covid)	15,9	16,7	- 0,8	- 4,9 %
dont IJ de droit commun (hors covid)	15,8	14,9	0,9	6,2 %
Vaccinations	0,1	0,4	- 0,3	- 73,5 %
Prise en charge cotisations	2,5	2,8	- 0,3	- 9,3 %
Autres dépenses	0,5	0,4	0,0	25,0 %
Total soins ville hors produits de santé et hors covid	72,2	69,0	3,2	4,6 %
Médicaments (et rétrocessions hospitalières)	29,9	28,2	1,8	6,3 %
Tests, masques	0,2	2,0	- 1,8	- 90,9 %
Remises et contributions conventionnelles	- 6,1	- 4,6	- 1,5	33,6 %
Dispositifs médicaux	8,6	8,3	0,4	4,5 %
Total produits de santé	32,6	33,8	- 1,2	- 3,5 %
Total soins de ville	105,3	107,4	- 2,2	- 2,0 %
Total soins de ville hors covid	104,7	100,9	3,8	3,8 %

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

a) Une progression continue des indemnités journalières de droit commun hors covid

Les indemnités journalières de droit commun hors covid (15,9 Md€) sont encore le poste le plus dynamique des soins de ville (+ 6,2 %, + 0,9 Md€). De 2019 à 2023, la dépense a progressé de 28 % (+ 3,5 Md€). Elle relève à 70 % des indemnités journalières maladie - dont 55 % pour les indemnités de moins de trois mois et 45 % pour celles de plus de trois mois – et à 30 % des indemnités journalières accidents du travail.

La hausse des dépenses d'indemnités journalières tient notamment aux revalorisations du Smic depuis 2021 et à l'entrée en vigueur d'indemnités journalières maladie pour les professions libérales en 2021[99]. En 2023, elle recouvre principalement un effet valeur (+ 6,1 %) par rapport à un effet volume plus limité (1,6 % dont 0,4 point lié à la prise en compte des indemnités journalières des professions libérales qui reste en-deçà du rythme antérieur de 3,5 % de 2016 à 2019 et de 3,9 % de 2020 à 2023)[100]. Cette décomposition doit toutefois être interprétée avec prudence, la frontière avec les indemnités journalières covid en 2022 étant floue. Les principaux motifs d'arrêt en augmentation en 2023 concernent des maladies virales et bactériennes mais surtout les troubles de la santé mentale[101].

b) Des progressions d'honoraires à maîtriser

En 2023, la progression des dépenses d'honoraires médicaux a atteint 4,4 % (+ 1,2 Md€), contre 3,6 % pour le sous-objectif soins de ville hors covid et hors honoraires médicaux. Elle était déjà de 3,9 % en 2022.

Cette progression est tirée par les honoraires de médecins spécialistes (+ 6 % ; 0,8 Md€) et les forfaits patientèle (+ 10,5 % ; 0,2 Md€)[102]. Elle inclut les revalorisations décidées par le règlement arbitral entré en vigueur le 1er mai 2023, à la suite de la rupture des négociations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux[103]. S'y

[99] Voir chapitre V du rapport, *L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie dans le régime général*.
[100] Données transmises par la Cnam.
[101] Dont les arrêts pour syndrome dépressif (+ 125 000), troubles anxio-dépressifs mineurs (+ 51 000) et troubles anxieux (+ 88 000). Rapport *Charges et produits de la Cnam*, 2023.
[102] Les rémunérations forfaitaires comprennent notamment la rémunération sur objectifs de santé publique, le forfait patientèle médecin traitant, le forfait structure, les majorations personnes âgées et l'aide forfaitaire au recrutement d'un assistant médical.
[103] Revalorisation des soins non programmés, élargissement du dispositif d'assistant médical, consultation initiation des patients souffrant d'affections de longue durée, revalorisation

ajoutera, le moment venu, l'effet des revalorisations conventionnelles des médecins en négociation en 2024[104].

Les dépenses d'honoraires paramédicaux (+ 2,7 % en 2023) sont essentiellement tirées par les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes, en hausse de 7,1 % (0,3 Md€), qui constituent un rattrapage après des pertes de pouvoir d'achat constatées de 2019 à 2022[105].

Des dynamiques de hausses d'honoraires hétérogènes[106]

De 2019 à 2022, le nombre de médecins généralistes libéraux a diminué (- 1 %, 52 169), tandis que leurs honoraires ont progressé (+ 3 %), avec des différences locales du montant moyen de leurs honoraires (de + 11 % dans le Lot et la Marne à - 3 % dans la Sarthe).

La progression du nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (+9 %, 75 610) a été aussi rapide que celle de leurs honoraires (6,1 Md€, + 9 %). Le montant moyen d'honoraires par praticien est donc resté stable.

La progression du nombre d'infirmiers libéraux (+ 4 %, 99 316) a été plus limitée que celle de leurs honoraires (9,9 Md€, +16 %), avec, par voie de conséquence, un montant moyen d'honoraires en hausse de 12 % (19 % dans le Vaucluse et la Loire).

c) Une maîtrise des dépenses de transports sanitaires reportée sur les assurés

La rapide augmentation des dépenses de transports sanitaires résulte de hausses de prix et de volume. Les dépenses (6 Md€) ont augmenté de 9,1 % en 2023, de 7 % en 2022. La hausse de 2022 coïncidait avec une forte augmentation du nombre de personnes transportées qui fait l'objet d'une étude en cours de la Cnam. La hausse de 2023 inclut des revalorisations tarifaires pour les taxis, intervenues en mars. En 2024, un

d'actes et forfaits. Entrées en vigueur en mai 2023, ces dispositions ont été provisionnées pour 0,2 Md€ en 2023 plus 0,5 Md€ en 2024 pour couvrir leur montée en charge.

[104] La négociation est encore en cours à la date de publication du rapport. Le mécanisme d'entrée en vigueur de la convention prévoit un délai de six mois (outre les délais de procédure) entre sa signature et l'entrée en vigueur de ses stipulations.

[105] Une provision de 0,1 Md€ avait été inscrite en construction de l'Ondam 2023 en prévision des négociations relatives à l'avenant 7 à la convention du 13 juillet 2023 qui n'ont finalement pas abouties.

[106] Études et données du site assurance-maladie.ameli.fr (source SNDS).

nouveau risque de dépassement résulte d'un avenant à la convention nationale des transporteurs sanitaires qui prévoit une enveloppe de 340 M€ sur la période 2023-2025 pour compenser la hausse des charges et notamment du coût de l'essence[107].

Le financement de cet avenant repose sur un transfert de charge vers les assurés par l'instauration d'un ticket modérateur et la suppression du tiers payant pour les patients qui refuseraient une proposition de transport partagée, pour une économie estimée à 50 M€ en 2024 et à 100 M€ en 2025[108].

2 - Un objectif de régulation des dépenses de produits de santé à conforter

La maîtrise des coûts pour l'assurance-maladie repose sur les remises conventionnelles négociées par le comité économique des produits de santé[109] avec les entreprises pharmaceutiques et les industries de santé[110] et sur la clause de sauvegarde[111]. Les recettes perçues des entreprises pharmaceutiques viennent ainsi atténuer les dépenses brutes de produits de santé.

En 2023, les dépenses nettes de produits de santé de l'assurance-maladie ont atteint 39,1 Md€, en progression de 2,4 % par rapport à 2022. Dans leur ensemble, les dépenses de médicaments (28,3 Md€) sont en hausse limitée (1,5 %), mais pourraient augmenter fortement en fonction du montant définitif des remises. Les dépenses de médicaments sont tirées par le sous-ensemble relevant de la « liste en sus », qui augmentent de 5,4 %[112]. Les dépenses de dispositifs médicaux et prestations associées (10,8 Md€) sont aussi en forte hausse (4,5 %).

---

[107] Avenant n° 11 signé le 13 avril 2023 et entré en vigueur en novembre. La hausse des dépenses a pu être amplifiée aussi par les mesures liées aux transports inter-hospitaliers et pré-hospitaliers avec la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie de prestations de transport urgent pré-hospitalier (TUPH), à compter du 1er janvier 2023.
[108] Art. 69 de la LFSS pour 2024.
[109] Le CEPS est placé sous l'autorité conjointe des ministres en charge de la sécurité sociale et de l'économie et des comptes publics.
[110] Il existe trois types de remises, par agrégats (classes pharmaco-thérapeutiques), sur chiffre d'affaires au-delà de certains seuils et par produits (engagements sur le volume de ventes, le respect d'une posologie moyenne ou le coût de traitement journalier).
[111] Selon l'article 138-10 du code de la sécurité sociale, l'es entreprises pharmaceutiques sont assujetties à une contribution lorsque leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France est supérieur à un montant M déterminé par la loi de financement de la sécurité sociale.
[112] La « liste en sus » des tarifs d'hospitalisation permet la prise en charge par l'assurance-maladie de spécialités pharmaceutiques innovantes prescrites en

Compte tenu de la dynamique des dépenses de produits de santé, de leur logique propre de régulation, du peu de visibilité sur les gains d'efficience et de leur comptabilisation éclatée entre les deux sous-objectifs des soins de ville et des établissements de santé, la création d'un sous-objectif spécifique au sein de l'Ondam serait justifiée.

Graphique n° 11 : évolution des dépenses de produits de santé 2019-2023 (en Md€)

Source : Cour des comptes à partir des données de la direction de la sécurité sociale

Pour l'avenir, du fait des dispositions de la LFSS pour 2024 qui, désormais, plafonnent la clause de sauvegarde[113], la maîtrise des dépenses de médicaments repose davantage encore sur la capacité du comité

établissements de santé. Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et précise les indications concernées. Les dépenses de la liste en sus (6,7 Md€ en 2023) ont augmenté de 4,4 % par an de 2019 à 2023.

[113] Selon l'article 28 de la LFSS 2024, le plafond est de 10 % du chiffre d'affaires remboursable net de remises.

économique des produits de santé à négocier des remises de prix avec les industries pharmaceutiques ainsi que sur la réactivation d'autres leviers, comme le développement du recours aux médicaments génériques et biosimilaires ou sur la réduction de la consommation d'antibiotiques.

Pour les dépenses des dispositifs médicaux et prestations associées, les mécanismes de régulation de la dépense sont plus complexes à mettre en œuvre, compte tenu des différents types de dépenses, du nombre important d'entreprises du secteur, de la hausse des coûts de production et du coût marginal élevé des produits. La règle de déclenchement de la clause de sauvegarde, pourtant jamais activée depuis sa création en LFSS pour 2020, a été assouplie par la LFSS 2024, ce qui la prive d'effet.

B - Un pilotage et un suivi financier des établissements de santé et médicaux-sociaux à renforcer

Les établissements de santé, notamment publics et privés à but non lucratif, ainsi que les établissements médico-sociaux sont confrontés au tassement de leur activité et à une situation financière globale qui continue de se dégrader. Les mesures financières d'urgence décidées en 2023 ont permis d'atténuer des déficits très élevés. Cette situation ne peut perdurer et impose d'engager des actions structurelles d'adaptation et d'amélioration de l'offre de soins.

1 - Des établissements de santé à la situation financière précaire à restructurer

La situation des établissements de santé se caractérise par de nouveaux déficits exceptionnels en 2023, selon les données provisoires transmises par la direction générale de l'offre de soins, et par un pilotage insuffisant de la relance de l'investissement hospitalier.

a) Des écarts d'activité marqués entre secteurs public et privé depuis 2019

Entre 2019 à 2023, la transformation de l'activité des établissements de santé s'est poursuivie, avec un recul des hospitalisations complètes et une progression rapide de l'activité ambulatoire. Le nombre de séjours est resté stable pour la catégorie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif et il a augmenté de 8 % pour les cliniques privées à but lucratif. En prenant en compte la valorisation économique des séjours,

l'activité a chuté de 4 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif et a progressé de 3 % pour les cliniques privées.

En 2023, 64 % des établissements n'ont toujours pas retrouvé leur niveau d'activité de 2019, dont 70 % de centres hospitaliers, 55 % de centres hospitaliers régionaux ou universitaires comme l'AP-HP, et 53 % d'établissements privés à but non lucratif. Ils ont bénéficié du mécanisme de compensation financière[114], pour un montant total de 1,2 Md€ en 2023, contre 2,6 Md€ en 2022. Avec la fin de la crise sanitaire, il convient à présent de mettre un terme à ce mécanisme conçu pour n'être que temporaire.

Tableau n° 18 : évolution de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique par secteur d'établissements de santé de 2019 à 2023

	Établissements publics et privés non lucratifs		Cliniques privées	
	Nombre de séjours	Volume économique	Nombre de séjours	Volume économique
Séjours ambulatoires	22 %	18 %	22 %	27 %
Hospitalisation complète	- 9 %	- 7 %	- 14 %	- 9 %
Total séjours	**1 %**	**- 4 %**	**8 %**	**3 %**

Source : direction générale de l'offre de soins, présentation Cour des comptes.

Depuis 2019, les dépenses des établissements de santé prises en charge par l'assurance-maladie ont, en parallèle, augmenté de près d'un quart (+ 20,2 Md€), essentiellement du fait des mesures de revalorisation salariale[115] et de recrutements supplémentaires (1 Md€). La forte augmentation des dépenses des hôpitaux publics, alors que leur activité stagne et que la valorisation de cette activité baisse, aggrave leurs déséquilibres financiers.

[114] Le dispositif de sécurisation modulée à l'activité (SMA), prévu à titre transitoire par l'article 44 de la LFSS pour 2023, a succédé à la garantie de financement.
[115] Ségur de la santé, mesures supplémentaires d'attractivité des gardes de nuit et de weekend, revalorisation du point d'indice.

b) Un déficit sans précédent en 2023 qui accentue le dépassement de l'Ondam

En 2023, les dépenses de l'Ondam hospitalier (102,8 Md€) ont progressé de 5,6 %. En net dépassement par rapport à la LFSS (2,2 Md€), elles ont été plus dynamiques que les soins de ville. Le dépassement recouvre une mesure d'attractivité votée en LFRSS d'avril 2023 (0,6 Md€), des mesures salariales décidées en cours d'exercice - parmi lesquelles une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et la revalorisation du point d'indice de la fonction publique au 1er juillet 2023 (1,3 Md€[116]) - ainsi qu'une rallonge financière exceptionnelle accordée en mars 2024 au titre de l'exercice 2023 afin de limiter le déficit des établissements de santé (0,5 Md€[117]).

Malgré cela, selon les données provisoires, les hôpitaux publics devraient enregistrer, pour la deuxième année consécutive, des déficits exceptionnellement élevés en 2023. Cette situation générale de plus en plus dégradée masque des disparités entre établissements de santé, selon la manière dont chaque établissement parvient à concilier l'évolution de ses activités avec la croissance de ses charges de personnels et de fonctionnement.

Des déficits qui seraient exceptionnellement élevés

Selon les données -provisoires- de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en avril 2024, la situation financière des hôpitaux publics (budget principal) se dégraderait encore en 2023. Leur déficit atteindrait un montant compris entre 1,7 Md€ et 1,9 Md€ en 2023 malgré l'aide de 0,5 Md€ allouée. Il fait suite à un déficit de 1 Md€ en 2022 analysé par la Cour[118]. Les données de la direction générale des finances publiques (Dgfip) montrent un encours de dette de 30 Md€ fin 2023, contre 29,7 Md€ fin 2020.

Le résultat des établissements privés à but non lucratif s'est également fortement dégradé, passant d'un excédent cumulé de 30 M€ en 2022 à une perte de 124 M€ en 2023.

Le résultat des hôpitaux publics n'est pas intégré au périmètre des dépenses de l'Ondam car il n'a pas de contrepartie immédiate et directe

[116] Dont 670 M€ de prime pour le pouvoir d'achat, 510 M€ de revalorisation du point d'indice (effet de demi-année), 70 M€ d'autres mesures indemnitaires et 60 M€ de rehaussement en points pour les bas salaires.
[117] dont 70 % pour les établissements de santé, 15 % pour les établissements privés à but non lucratif et 15% pour les cliniques privées.
[118] Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux après la crise sanitaire, 2023.*

pour l'assurance maladie. Comme le relève à nouveau le comité d'alerte dans son avis du 15 avril 2024, cela constitue un « *point de fuite* » de l'Ondam. Une analyse d'ensemble est indispensable pour tenir compte des nécessaires évolutions de l'offre de soins, au regard du soutien financier accordé par l'assurance maladie. À titre d'illustration, la prise en compte du déficit de ces établissements en 2022 aurait conduit à constater un dépassement des dépenses d'Ondam de 2,1 points, au lieu de 1,5 point.

c) Des rééquilibrages financiers entre secteurs public et privé

En 2023, le tassement de l'activité des hôpitaux publics s'est traduit par une sous-exécution de la part « tarif » des financements de 847 M€. Ce montant a été en partie redéployé vers les cliniques privées pour compenser le dépassement de 359 M€ de leur part « tarif », lié à la progression de leur activité. Le solde a été restitué aux hôpitaux publics sous la forme de dotations exceptionnelles.

En 2024, l'enveloppe tarifaire a été calculée sur une hypothèse de progression du volume d'activité de 2,5 % en moyenne, ce qui paraît prudent au regard des évolutions constatées sur la période récente. Les tarifs pour les établissements publics et privés à but non lucratif ont été majorés pour prendre en compte les revalorisations salariales des personnels intervenues le 1er juillet 2023 qui se répercutent sur l'exercice 2024, ainsi que le poids d'activité ciblées qui concernent essentiellement le secteur public (soins palliatifs, pédiatrie, maternité et greffe/transplantation).

d) Une nécessaire réorientation du Ségur de l'investissement (hors Ondam) pour marquer une nouvelle étape

Les mesures d'aide au désendettement et à l'investissement des établissements de santé (15,5 Md€ d'aide prévus de 2021 à 2029[119]) appellent un renforcement de leur pilotage et une révision de la programmation afin de concentrer les financements sur les projets prioritaires et de leur allouer un taux d'aide suffisant pour limiter un nouveau recours à l'endettement que la situation financière des hôpitaux ne permet plus[120].

---

[119] Dont 6,5 Md€ pour le désendettement et 6,5 Md€ pour la relance de l'investissement financés par emprunt de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) comptabilisés hors Ondam et 2,5 Md€ d'investissement courant et lourd financés par l'Union européenne.

[120] *La situation financière des hôpitaux après la crise sanitaire*, Cour des comptes, 2023.

Le Ségur de l'investissement : un nouveau contexte à prendre en compte

Depuis la mise en œuvre du programme de relance de l'investissement hospitalier en 2021, le contexte a profondément évolué, du fait des charges d'inflation, de l'augmentation des taux d'intérêt et d'objectifs nouveaux de développement durable.

L'aide au désendettement déjà versée aux établissements (2,7 Md€ de 2021 à 2023) s'est traduite par une baisse limitée de leur endettement (0,7 Md€ entre 2021 et 2022). 67 projets d'investissement ont été définitivement validés fin 2023 sur les 803 projets identifiés par les agences régionales de santé en 2021. Le taux d'aide pour les hôpitaux publics bénéficiaires atteint 42 %, ce qui est insuffisant dans le contexte actuel de déficits et de faible activité, et permet difficilement aux hôpitaux publics de contracter de nouveaux emprunts. Trois ans après la relance de l'investissement hospitalier, l'outil de pilotage et de suivi reste à achever.

La baisse d'activité tient notamment au manque de personnel soignant dans les hôpitaux de petite taille[121]. L'évolution de l'offre territoriale de soins doit permettre de concilier l'objectif de qualité et de sécurité des soins et celui de la soutenabilité financière. Une réorientation du Ségur de l'investissement devrait permettre d'accompagner une telle restructuration.

2 - Des aides ponctuelles aux établissements et services médico-sociaux

Le sous-objectif des établissements et services médico-sociaux (ESMS) contribue aux dépenses de fonctionnement des établissements pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap d'un total de 1,3 million de places[122] sous divers statuts, publics et privés. L'allocation territoriale de ces financements relève de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Depuis la crise sanitaire, l'activité des établissements pour personnes âgées s'est ralentie avec un taux d'occupation de 90 % en 2023, contre 94 % en 2019[123]. Pour autant, les dépenses médico-sociales ont progressé de 2019 à 2023 de 43 %, soit la hausse la plus forte au sein de l'Ondam (hors fonds

[121] Voir chapitre VII du rapport, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*.
[122] Dont 615 000 places pour personnes âgées (7 400 Ehpad) et 564 000 places pour personnes en situation de handicap (13 800 établissements).
[123] Données provisoires 2023 de la direction générale de la cohésion sociale pour l'ensemble des Ehpad publics et privés. Le taux d'occupation des Ehpad privés est plus faible (87 %).

d'intervention régionale et autres prises en charge). La progression a été plus marquée pour les établissements de personnes âgées (60 %) que pour ceux accueillant des personnes en situation de handicap (28 %). Cette hausse tient notamment aux revalorisations salariales du Ségur de la santé (3,5 Md€) et aux mesures de création de places (1 Md€).

En 2023, les dépenses médico-sociales se sont établies à 29,9 Md€, (+ 6,2 %) dont 15,4 Md€ pour les établissements de personnes âgées et 14,6 Md€ pour les établissements de personnes en situation de handicap, conformes à l'objectif fixé en LFSS pour 2023[124].

Des dépenses supplémentaires ont été décidées en cours d'exercice : revalorisation salariale au 1er juillet 2023 (0,3 Md€[125]) et mise en place d'un fonds d'urgence pour les établissements en difficulté (0,1 Md€ transféré au fonds d'intervention régional[126]). Ces dépenses ont été financées par le gel de crédits mis en réserve (0,1 Md€[127]), par des crédits provisionnés pour la négociation d'une convention collective toujours en cours (0,1 Md€) et par une sous-exécution de l'enveloppe (0,2 Md€).

Malgré la forte progression de ces dépenses, la situation financière des établissements médico-sociaux demeure dégradée : 55 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) présentaient un déficit fin 2022 ; cette proportion passait à 60 % pour les seuls Ehpad publics.

Le besoin de réponses structurelles à la suite des aides d'urgence

En 2023, dans le cadre de la mise en place d'un fonds d'aide d'urgence de 100 M€, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a recensé un total de 1 696 établissements médico-sociaux en « difficulté financière » et a concentré les aides sur 486 établissements (29 %). Les aides ont été réservées en priorité aux Ehpad (69 %) et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (26 %). La CNSA a aussi apporté aux établissements médico-sociaux une aide exceptionnelle de 750 M€ de crédits non reconductibles avec l'objectif de revenir à des montants de l'ordre de 500 M€ par an, comme avant la crise sanitaire. Pour 2024, l'Ondam intègre de nouveau une enveloppe de 100 M€ d'aide exceptionnelle pour soutenir les établissements financièrement fragiles.

[124] Par construction, les dépenses médico-sociales de l'Ondam sont en enveloppes fermées.
[125] Dont 160 M€ de prime de pouvoir d'achat, 110 M€ de revalorisation du point d'indice et 30 M€ de rehaussement en points pour les bas salaires.
[126] Le fonds a été utilisé à 75 % en 2023, le solde étant reporté en 2024.
[127] 121 M€, soit 0,4 % pour le sous-objectif médico-social supérieur à la norme de 0,3 % pour l'ensemble de l'Ondam.

La relance d'une stratégie d'efficience, engagée par le ministère en lien avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), devrait pouvoir apporter des réponses structurelles. De même, les nouvelles dispositions de la loi du 8 avril 2024 qui obligent les Ehpad publics autonomes à coopérer dans le cadre de nouveaux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux, introduisent la possibilité de moduler les tarifs d'hébergement selon les niveaux de revenus et incitent à privilégier les soins en ESMS plutôt que les admissions en établissements de santé.

La trajectoire de progression des dépenses médicosociales est appelée à se poursuivre, avec le financement de la création de 50 000 emplois en Ehpad et de 50 000 solutions d'accueil des personnes en situation de handicap. À compter de 2024, ces dépenses supplémentaires seront financées notamment par l'affectation, à la branche autonomie, d'une fraction de CSG (0,15 point, soit 2,8 Md€).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Une évolution des dépenses de l'Ondam d'ici 2027 à un rythme équivalent à celui des recettes de la sécurité sociale, telle que prévue par la trajectoire de la LFSS 2024, ne suffira pas à rétablir l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. Des mesures d'économies à effet immédiat et des réformes structurelles du système de santé sont indispensables pour rétablir l'équilibre financier de l'assurance-maladie et assurer sa pérennité.

Plus que jamais, l'Ondam est l'instrument idoine pour programmer l'allocation des ressources en conciliant les besoins en santé de la population et le rythme de progression des moyens pouvant être alloué à ce secteur. Le risque est « que l'Ondam perde son statut d'objectif prescriptif et devienne simplement une référence[128] *». Pour l'éviter, il est essentiel de mettre en place des mesures de régulation correctement dimensionnées et des outils de pilotage des moyens fondés sur des données médico-économiques, pour chacun des sous-objectifs décidés.*

Dans une perspective de retour progressif à l'équilibre financier de la branche maladie, la Cour formule les recommandations suivantes de politique publique :

4. *définir un programme pluriannuel de régulation des dépenses, partagé avec les parties prenantes, comprenant un renforcement des outils et instances de pilotage, un changement d'échelle dans la lutte contre les fraudes, des mesures structurelles d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et conditionner les mesures nouvelles par la réalisation d'économies (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale d'assurance maladie) ;*
5. *renforcer la contribution des soins de ville à l'effort de régulation des dépenses d'assurance maladie, en mettant en place des dispositifs permettant de compenser un dépassement des objectifs adoptés en loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale d'assurance maladie) ;*

[128] Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale, *Note sur le financement de la protection sociale en 2023*, janvier 2024.

6. *afin de clarifier le pilotage des dépenses de produits de santé, créer un sous-objectif spécifique au sein de l'Ondam (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
7. *réexaminer l'activité des établissements de santé en difficulté financière pour la faire évoluer dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de soins territoriale, en tenant compte de la qualité et de la sécurité des soins (ministère du travail, de la santé et des solidarités et agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale).*

Chapitre III

La compensation démographique entre régimes de retraite : un dispositif complexe, artificiel et mal géré

PRÉSENTATION

La compensation démographique entre régimes de retraites a été instaurée en 1974, en l'absence d'autres mécanismes de solidarité, pour une durée limitée de quatre ans. Cinquante ans plus tard, elle perdure et représente 6 Md€ de transferts.

La Cour a contrôlé ce mécanisme pour la dernière fois en 2010[129]*. Elle avait relevé l'absence d'équité de certains de ses paramètres de calcul, notamment la différence de traitement entre les régimes de salariés et de non-salariés. La compensation démographique est depuis restée, pour l'essentiel, inchangée dans ses principes, dans un contexte de réformes successives des régimes de retraite, avec notamment l'intégration des travailleurs indépendants au régime général et la mise en extinction des principaux régimes spéciaux.*

Après ces réformes, il est apparu nécessaire à la Cour de s'interroger à nouveau sur la pertinence de la compensation démographique, son adéquation avec l'objectif poursuivi et ses modalités de mise en œuvre. De ce contrôle, portant sur les années 2017 à 2023, il ressort que les lacunes relevées en 2010 n'ont pas été corrigées et se sont même accentuées, ce qui conduit à préconiser des solutions plus radicales que celles recommandées à l'époque.

Le dispositif apparaît complexe, artificiel et mal géré (I). De l'examen des différents scénarios pour l'avenir, celui de la suppression complète apparaît à privilégier par rapport à celui d'une refonte générale des paramètres de calcul ou à celui d'une réforme de portée limitée (II).

---

[129] Ralfss 2010, chapitre III, *Les compensations inter-régimes*.

Chiffres clés en 2022

Montant total des transferts de la compensation démographique : 6 Md€ (chiffres définitifs), en légère hausse par rapport à 2021 (+ 0,1 Md€).

17 régimes de base de retraite participants au système de compensation.

18,3 millions de retraités de droit direct, âgés de plus de 65 ans et plus, pris en compte pour le calcul des transferts de compensation entre régimes.

Pension de référence prise en compte pour les régimes de salariés : 2 313 € par an.

Pension de référence prise en compte pour les régimes de non-salariés et de salariés : 3 518 € par an.

I - Un dispositif de plus en plus artificiel et mal piloté

La compensation démographique poursuit des objectifs qui se justifient toujours, cinquante ans après sa création, mais elle s'insère désormais dans un ensemble étoffé de mécanismes de solidarité entre régimes (A). Son architecture est de plus en plus artificielle au regard des évolutions démographiques et de la différenciation qu'elle établit entre les régimes de non-salariés et de salariés (B). Sa gestion souffre de graves lacunes, qui se sont accentuées depuis le dernier contrôle de la Cour (C).

A - Un dispositif justifié mais progressivement vidé de sa substance par d'autres mécanismes de solidarité

Prévue initialement pour prendre en compte les mutations économiques qui affectent l'affiliation des actifs entre les différents régimes, la compensation démographique a été organisée en construisant un régime unique fictif, retenant des hypothèses minimales. Progressivement, d'autres mécanismes de solidarité se sont développés pour assurer l'équilibre financier des régimes de retraite de base, dont le nombre s'est réduit au fil des années.

1 - Un dispositif conçu en 1974 pour organiser une solidarité interprofessionnelle face aux mutations économiques

La compensation démographique retraite, encore appelée compensation généralisée vieillesse, a été créée par la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974, qui visait à instituer « *un système de protection sociale commun à tous les Français* ».

Le dispositif alors mis en place visait à remédier à deux catégories d'inégalités entre régimes de retraite[130] :

- celles découlant des déséquilibres démographiques, en particulier du rapport très dégradé entre cotisants et retraités des régimes des exploitants et des salariés agricoles, dans un contexte d'érosion de la part du secteur primaire dans l'emploi ;
- celles découlant des disparités de capacités contributives (autrement dit des revenus soumis à cotisation) entre les cotisants des différents régimes.

Il s'agissait donc d'organiser, face aux mutations économiques, une solidarité interprofessionnelle pour la retraite de base. Le dispositif était conçu comme transitoire, dans l'attente de rapprochements plus profonds permettant de répondre aux difficultés nées du cloisonnement des régimes sociaux.

Dans ce contexte, il a été choisi d'établir la compensation sur la base de prestations et de cotisations minimales, principe toujours en vigueur. Le but était de mettre les régimes de base sur un pied d'égalité après les transferts de compensation afin qu'ils puissent apprécier leur situation relative et, en cas de déficit, prendre les mesures de redressement en agissant sur les paramètres relevant de leurs propres règles. Le dispositif de compensation a été différencié pour les non-salariés dont les revenus n'étaient pas connus dans les mêmes conditions que les salariés.

Une commission de compensation a été instituée, regroupant les régimes concernés, avec pour missions de contrôler les informations à l'appui des calculs et de formuler des avis sur les montants annuels de la compensation et sur les règles régissant le dispositif.

[130] Article L. 134.1 du code de la sécurité sociale.

2 - Une architecture qui repose sur un régime fictif de référence distinguant salariés et non-salariés

Limité par la loi aux régimes dont l'effectif de cotisants et de retraités est supérieur à un nombre minimum fixé par décret (20 000 actuellement, apprécié au 1er juillet), le mécanisme de compensation repose sur un ensemble de règles conventionnelles, dont l'architecture générale n'a pas été modifiée depuis 1974. Elle s'appuie sur deux étages de compensation :

- le premier étage, limité aux régimes de salariés, suit une logique démographique et contributive, retenant comme éléments-pivots les effectifs de retraités rapportés à la masse salariale des cotisants ;
- le second étage concerne les régimes de non-salariés et de salariés et ne tient compte que des effectifs de cotisants et de retraités des régimes, suivant une logique uniquement démographique.

Pour chacun des deux étages, la compensation est calculée à partir d'une pension de référence minimale[131]. Elle est établie de sorte que les transferts entre régimes soient à somme nulle. Au sein de chaque régime, seuls les retraités de droit direct (hors bénéficiaires de pensions de réversion) âgés de 65 ans et plus sont pris en compte pour le calcul.

Le calcul de la compensation

La compensation est calculée sur la base d'un régime unique fictif de retraite à deux étages (articles D. 134.2 et 3 du code de la sécurité sociale) :

Entre régimes de salariés (mécanisme démographique et contributif)

Le régime fictif est équilibré par la formule : (nombre total de retraités de 65 ans ou plus) x (pension de référence des salariés) = (masse salariale sous plafond) x (taux de cotisation de référence). Pour les acomptes de 2023, la pension annuelle de référence utilisée est de 2 313 € ; le taux de cotisation qui s'en déduit pour équilibrer le régime s'établit à 4,75 %. On peut alors calculer, régime par régime, les cotisations fictives perçues (C) et les retraites fictives versées (R). Le solde (C-R) correspond à la compensation versée (C > R) ou reçue (C < R).

[131] Pour le premier étage, la référence est la pension moyenne la plus basse versée par les régimes de salariés participant à la compensation, soit celle des salariés agricoles en 2017 revalorisée comme les retraites de base. Pour le second étage, la référence est la pension de l'ex-régime des commerçants, établie dans les mêmes conditions.

Entre régimes de non-salariés et de salariés (mécanisme démographique)

Le régime fictif est équilibré par la formule : (nombre total de retraités de 65 ans ou plus) x (pension de référence des non-salariés) = (nombre total de cotisants) x (cotisation de référence). Pour les acomptes de 2023, la pension annuelle de référence est de 3 518 € ; la cotisation de référence qui s'en déduit pour équilibrer le régime de 2 068 €. On en déduit pareillement la situation des régimes[132].

Les montants issus de ces deux calculs (éventuellement de sens contraires au sein d'un même régime) sont additionnés de manière à aboutir au montant du transfert de compensation de chaque régime de retraite.

En 2023[133], 17 régimes ont participé à la compensation, dont 13 de salariés et 4 de non-salariés.

Liste des 17 régimes pris en compte pour la compensation en 2023

- Régimes de salariés
- Cnav Salariés[134] : Caisse nationale d'assurance vieillesse.
- Salariés agricoles : Régime des salariés agricoles (géré par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole).
- État- Personnels civils : Régime de retraite des personnels civils de l'État.
- État - Personnels militaires : Régime de retraite des personnels militaires.
- FSPOEIE : Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État.
- CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.
- CANSSM : Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.
- CPRP SNCF : Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français.

[132] Les régimes de salariés sont considérés globalement et les montants qu'ils versent aux régimes de non-salariés sont répartis au prorata de leur masse salariale sous plafond.
[133] Arrêté annuel du 22 décembre 2022. Le même périmètre a été retenu par l'arrêté du 15 décembre 2023.
[134] La compensation distingue les cotisants et retraités affiliés à l'ancien régime social des indépendants, ce qui conduit à isoler au sein de la Cnav ceux relevant du salariat.

- CRP RATP : Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.
- Énim : Établissement national des invalides de la marine.
- CNIEG : Caisse nationale des industries électriques et gazières.
- CRPCEN : Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires.
- Banque de France : Caisse de retraite de la Banque de France.
- Régimes de non-salariés
- Exploitants agricoles : Régime des exploitants agricoles (géré par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole).
- CNAVPL : Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.
- SSI (ex-RSI) : Sécurité sociale des indépendants (ex- régime social des indépendants).
- CNBF : Caisse nationale des barreaux français.

En 2022, dernière année pour laquelle les chiffres sont définitifs, la compensation s'établit à 3,4 Md€ au titre du premier étage entre régimes de salariés et à 2,8 Md€ au titre du second étage entre régimes de salariés et de non-salariés. Les régimes de salariés étant contributeurs au second étage et une partie de ces régimes étant bénéficiaires au titre du premier étage, le montant total de la compensation est inférieur à la somme des deux étages et s'élève à 6 Md€. 9 régimes sont bénéficiaires et 8 contributeurs.

Graphique n° 12 : transferts de compensation démographique entre régimes de retraites (montants définitifs 2022, en M€)

Source : Cour des comptes

3 - D'autres mécanismes de solidarité de plus en plus étoffés

Conçue pour intervenir après toutes les autres formes de compensation, la compensation démographique s'insère dans un ensemble de mécanismes de solidarité et d'agrégation financière de plus en plus étoffé, ce qui rend sa portée plus difficile à établir.

a) Des mécanismes d'équilibrage entre régimes

Lors de la création de la compensation démographique, il existait déjà des mécanismes d'équilibrage financier, assurés par la Cnav en faveur des salariés agricoles et par l'État en faveur de certains régimes spéciaux. Ces mécanismes se sont développés au point que seuls sept régimes participant à la compensation démographique y échappent encore en 2023.

L'État équilibre ainsi, sous forme de dotations ou de subventions, sept régimes[135]. La Cnav assure l'équilibre du régime des salariés agricoles. Elle gère la retraite de base de l'ex-régime des travailleurs indépendants qu'elle équilibrait auparavant. Ces mécanismes modifient l'impact de la

[135] Fonction publique civile, fonction publique militaire, FSPOEIE, CPRP SNCF, CANSSM, CRP RATP, Énim.

compensation démographique sur les comptes de l'État et de la Cnav. Si la Cnav au titre des salariés contribue à la compensation démographique à hauteur de 4,1 Md€ en 2022, l'impact sur ses comptes se réduit à 2 Md€ après prise en compte des transferts de compensation perçus par l'ex-RSI (inclus dans le régime général) et par le régime des salariés agricoles (dont la Cnav équilibre les comptes). L'État, attributaire de 261 M€ de compensation au titre des fonctionnaires civils et militaires, bénéficie également de l'effet des transferts de compensation perçus par les régimes dont il assure l'équilibre, soit 665 M€ au total.

b) Des mécanismes spécifiques lors de la fermeture de régimes

La loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 qui a réformé les retraites a prévu la mise en extinction de cinq régimes spéciaux (RATP, mines, industries électriques et gazières, CRPCEN, Banque de France).Celui de la SNCF avait déjà été fermé par la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018. En conséquence, les nouveaux assurés de ces régimes sont désormais affiliés à la Cnav, avec pour effet mécanique une détérioration des ratios démographiques des régimes spéciaux, qui compteront de moins en moins de cotisants jusqu'à leur disparition.

Après la fermeture de l'accès au régime de retraite de la SNCF, une convention avait été conclue entre ce régime, la Cnav pour les retraites de base et l'Agirc-Arrco pour les retraites complémentaires, aux termes de laquelle ces caisses reversaient à celle de la SNCF les cotisations qu'elles percevaient au titre du personnel qui leur était désormais affilié. Ce mécanisme complétait le surcroît de compensation démographique perçu par le régime en raison de la baisse de son nombre de cotisants.

L'article 15 de la LFSS pour 2024 a mis en place un dispositif différent, qui concerne la SNCF et les cinq régimes mis en extinction par la loi d'avril 2023. Il prévoit que le régime général assure l'équilibre de ces régimes dès lors que leurs fonds propres seront négatifs. Concernant la compensation démographique, ces régimes formeront, à partir de 2025 un ensemble unique, le régime général devenant seul redevable (ou bénéficiaire) de la compensation.

Le schéma de financement prévu par la LFSS pour 2024

L'article 15 de la LFSS pour 2024 prévoit d'intégrer progressivement au régime général, à partir de 2025, les régimes spéciaux mis en extinction. Une dotation d'équilibre du régime général remplacera trois dispositifs :

- la compensation démographique désormais établie au niveau consolidé de ces régimes et du régime général ;
- le mécanisme de compensation de la perte de cotisants tel qu'il avait été mis en place par convention pour la SNCF en 2020 ;
- la subvention d'équilibre de l'État, versée chaque année aux régimes déficitaires, remplacée par une dotation d'équilibre de la Cnav. Elle sera compensée par l'attribution d'une fraction du produit de la TVA[136], calculée à partir du montant actuel des subventions d'équilibre financées par la mission *Régimes sociaux et de retraite* du budget de l'État, dont le montant pourra être revu après présentation d'un rapport au Parlement.

À l'issue de la réforme, seuls quatre régimes participant à la compensation démographique ne seront pas concernés par un autre mécanisme démographique spécifique ou d'équilibrage : ceux des exploitants agricoles, des professions libérales (CNAVPL), des avocats (CNBF) et, enfin, des agents territoriaux et hospitaliers (CNRACL).

Enfin, pour la présentation des comptes de la sécurité sociale, notamment pour les tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement, les comptes des régimes sont agrégés au niveau de la branche vieillesse. La compensation démographique est donc neutralisée. Elle est également sans effet sur l'équilibre financier global des retraites. Si l'objectif de la compensation démographique était d'inciter les régimes à agir sur ce qui relevait de leur gestion, les agrégats de synthèse par branche font passer cet élément à un second plan.

B - Un mode de calcul de plus en plus arbitraire

Fondée sur des règles minimales dès l'origine, la compensation a vu son caractère arbitraire se renforcer. Ses modalités de calcul ont été ajustées pour encadrer les variations de ses montants au regard des évolutions économiques, tout en maintenant la différence entre salariés et non-salariés.

[136] La direction du budget a indiqué à la Cour que la compensation pourrait aussi faire l'objet d'une subvention budgétaire de l'État à la Cnav.

1 - Au regard des évolutions démographiques

Entre 2017 et 2022, les transferts de compensation ont baissé de 20 %, passant de 7,45 Md€ à 6 Md€. Cette diminution est cohérente avec l'évolution des rapports entre les cotisants et les retraités, qui se sont rapprochés de la moyenne pour la plus grande part des régimes. Entre 2018 et 2022, 10 des 17 régimes participant à la compensation ont vu leur écart par rapport à la moyenne se résorber.

Graphique n° 13 : rapport moyen entre cotisants et retraités des principaux régimes en 2018, 2020 et 2022

Note de lecture : on compare, par année, le rapport entre cotisants et retraités des régimes au rapport moyen de l'ensemble des régimes participant à la compensation (retraités de droit direct d'au moins 65 ans). En 2018, la CNAVPL se situait 1,5 point au-dessus du rapport moyen ; en 2022, l'écart est tombé à 0,6 point.
Source : Cour des comptes, à partir des données de suivi DB/DSS

Les données sur une période de trente ans confirment le rapprochement des situations démographiques des différents régimes, même si c'est autour d'un ratio moyen qui se dégrade : 1,7 cotisant par retraité d'au moins 65 ans en 2022.

Bien que ces ratios aient continué à converger après 2021, la tendance à la baisse des montants de compensation s'est inversée pour les acomptes de 2022 et de 2023. La nouvelle règle de calcul de la compensation retenue depuis 2018 indexe les pensions de référence sur l'inflation. Dans un contexte de reprise de l'inflation, cette règle s'est traduite par une augmentation de la compensation, qui n'a pas été anticipée.

Cette nouvelle règle est une conséquence non souhaitée de la fusion des régimes des artisans et commerçants, appliquée depuis le 1er janvier 2018 en vertu de l'article 50 de la LFSS pour 2017. Cette fusion conduisait à un net ressaut de la pension de référence des non-salariés, et donc à une forte augmentation des compensations entre non-salariés et salariés. Pour éviter un tel ressaut, il a été décidé dans l'urgence de modifier les règles de calcul et de figer les pensions de référence des non-salariés à leur niveau de 2017, revalorisé chaque année en fonction de l'augmentation des pensions de base, soit l'inflation.

2 - Au regard de la différence entre régimes de salariés et de non-salariés

La différenciation entre régimes de salariés et de non-salariés introduit un traitement inégal entre les régimes. Établie sur des bases de plus en plus artificielles, elle est de moins en moins justifiée.

a) Une pension de référence des non-salariés de moitié supérieure à celle des salariés, sans que cela soit justifié

Deux pensions de référence sont utilisées pour le calcul de la compensation : une première pour la compensation entre régimes de salariés (2 313 €) et une deuxième pour la compensation entre régimes de salariés et de non-salariés (3 518 € en 2022). L'écart en euros entre ces deux pensions de référence sur la période va en s'accroissant. Cette différence entre les deux valeurs de pension de référence n'a aucune justification, ni démographique ni contributive.

La suppression du recours à une pension de référence différente pour les deux catégories rétablirait une forme d'égalité de traitement (cf. *infra*, partie II, scénario B).

b) Un dispositif qui n'a pas été adapté à la suppression du régime social des indépendants (RSI)

L'intégration du RSI au sein du régime général pour la couverture vieillesse de base était une occasion de simplifier le mécanisme de compensation. Tel n'a pas été le cas. Le choix a été fait de maintenir une existence fictive du régime des indépendants pour les seuls besoins de la compensation, ce qui a rendu nécessaire l'adoption d'une disposition législative dans la LFSS pour 2018.

Depuis lors, la Cnav doit reconstituer l'effectif des anciens cotisants et retraités du RSI pour les seuls besoins de la compensation. Si cela a pu être réalisé sans trop de difficultés lors de l'intégration du RSI à la Cnav, la base de données perd de sa robustesse au fil du temps, l'identification des nouveaux retraités et des nouveaux cotisants dans l'une des deux catégories ajoutant un degré supplémentaire de complexité à un dispositif déjà artificiel[137].

c) Une connaissance des revenus non-salariés qui ne justifie plus un traitement différencié en matière de compensation

La compensation s'exerce entre les régimes de non-salariés et de salariés uniquement au regard de considérations démographiques. Cette limitation a été introduite en 1974 « tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés »[138]. Sa justification a aujourd'hui disparu.

Dans les dix dernières années, la connaissance des revenus des non-salariés, et donc de l'assiette de leurs cotisations retraites, a franchi un cap, en particulier avec la mise en place de la déclaration sociale et fiscale unifiée pour les travailleurs indépendants et de la déclaration des revenus professionnels pour les exploitants agricoles et les professions libérales. Ces bases, à la fois fiscales et sociales, sont solides et peuvent être utilisées pour connaître les capacités contributives des non-salariés dans des conditions comparables à celles des salariés.

Le fait que ces bases ne représentent pas nécessairement la totalité des revenus des non-salariés ne saurait justifier une différence de traitement avec les salariés : d'une part, les données disponibles sont représentatives de la totalité du revenu qui donne droit à pension de base, champ couvert par la compensation, d'autre part, les masses salariales prises en compte pour établir les capacités contributives des salariés ne comprennent pas non plus l'ensemble de leurs revenus[139].

---

[137] L'article 15 de la LFSS pour 2024 maintient la distinction entre les affiliés de l'ex-RSI et les autres affiliés du régime général pour les calculs de compensation.

[138] Article 2, alinéa 2 de la loi du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires.

[139] Les masses salariales ne sont décomptées que sous le plafond ouvrant des droits à la retraite de base et les salariés peuvent percevoir des revenus non-salariaux.

C - Des montants importants établis sur des bases fragiles et comportant des erreurs

La mise en œuvre du dispositif se traduit par des transferts fortement concentrés. Elle est sensible aux paramètres utilisés et est affectée de nombreuses erreurs, voire d'irrégularités.

1 - Des montants importants pour les régimes concernés

Les transferts de compensation sont fortement concentrés. Entre 2017 et 2021, le régime général a apporté en moyenne 65 % des montants dus ; les régimes agricoles (salariés et exploitants) ont été bénéficiaires de plus de 80 % des transferts, à parts sensiblement égales.

Les montants sont plus limités pour les autres régimes mais restent substantiels au regard des pensions qu'ils versent et de leur situation financière. C'est en particulier le cas pour la CNRACL et pour la CNAVPL, qui abondent la compensation démographique à hauteur, en moyenne, de 1,1 Md€ pour la première et de 750 M€ pour la seconde.

Graphique n° 14 : principaux transferts de compensation démographique entre 2017 et 2023 (en M€)

Source : Cour des comptes à partir des arrêtés de compensation (niveaux définitifs jusqu'en 2021, puis acomptes provisoires)

Parmi les mouvements significatifs, la compensation due à l'ex-RSI est passée entre 2017 et 2022 de 1,5 Md€ à 430 M€ en raison de la forte croissance de ses effectifs de cotisants, notamment des auto-entrepreneurs.

Le régime des personnels civils de l'État, qui abondait la compensation à hauteur de 300 M€ en 2017, en a bénéficié en 2022 de plus de 360 M€, en raison notamment de l'augmentation rapide de ses effectifs de retraités. Ce mouvement se poursuit en 2023 et 2024, années pour lesquelles les montants sont encore provisoires.

La compensation démographique a des incidences fortes en gestion pour tous les régimes, tant en raison des montants transférés que de leur variation d'une année sur l'autre. Résultant du dispositif d'acomptes et de régularisations retenu, les écarts significatifs entre les niveaux prévisionnels de compensation (qui fondent les transferts mensuels versés ou perçus) et leurs niveaux définitifs, arrêtés deux ans plus tard, perturbent la gestion de régimes dont la situation financière est par ailleurs tendue.

2 - Des niveaux sensibles aux paramètres retenus

La Cour a mesuré, pour chaque régime, la variation des montants transférés induite par une variation de 1 % de la valeur de chaque paramètre en 2021, toutes choses égales par ailleurs. Les effets sont très différents d'un régime à l'autre.

Une hausse de 1 % de la valeur de la pension de référence produit des effets compris entre – 1,8 % et + 0,8 % pour le premier étage et entre – 1 % et + 1 % pour le deuxième étage. Les impacts sont plus conséquents pour les paramètres démographiques et contributifs (hausse de 1 % du nombre de retraités pris en compte, de cotisants ou de la masse salariale).

Tableau n° 19 : variation des transferts à la suite d'une hausse de 1 % de la valeur de trois paramètres, en 2021

Régimes	Retraités de droit direct âgés d'au moins 65 ans	Cotisants	Masse salariale plafonnée
Cnav Salariés	- 2,23 %	1,26 %*	1,54 %
Salariés agricoles	- 1,44 %	0,08 %*	0,46 %
État - Personnels civils	- 14,27 %	2,40 %*	13,14 %
CNRACL	- 1,99 %	0,53 %*	2,89 %
Exploitants agricoles	- 1,31 %	0,32 %	Sans objet
SSI (ex-RSI)	- 40,71 %	39,75 %	Sans objet
CNAVPL	- 2,13 %	3,11 %	Sans objet

Note : rapport entre la variation du transfert et son montant initial. Un –pourcentage négatif signifie un gain (le régime verse moins ou reçoit plus) ; un pourcentage positif une perte (il verse plus ou reçoit moins).
** à la suite d'une hausse de 1 % du nombre de cotisants de l'ensemble des régimes de salariés.*
Source : Cour des comptes

La forte sensibilité des transferts à ces paramètres renforce le besoin d'un contrôle de l'exactitude des valeurs utilisées, les données étant produites par chaque régime.

3 - Une gestion insatisfaisante de la compensation qui fait apparaître des erreurs

Au titre des améliorations, le déploiement de la déclaration sociale nominative (DSN) a fiabilisé le décompte des cotisants et de la masse salariale des régimes. Toutefois, la gestion du dispositif, qui est assurée par la direction de la sécurité sociale (DSS), présente toujours des lacunes ; celles-ci se sont nettement amplifiées depuis 2010.

a) Un dispositif géré en marge du cadre législatif et règlementaire existant

La loi de 1974 a prévu qu'une commission, réunissant l'ensemble des régimes concernés, contrôle le dispositif et émette un avis sur les textes le régissant, ainsi que sur les montants annuels de compensation arrêtés par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Cette commission ne se réunit plus depuis 2016, n'a plus de président depuis de nombreuses années, et ne produit aucun procès-verbal des consultations effectuées auprès de ses membres. Toutefois, les arrêtés fixant les montants de compensation continuent à mentionner ses avis.

Par ailleurs, le nouveau mode de calcul des pensions de référence, qui prévoit leur indexation sur l'inflation, a été pris en compte dès 2017 pour le calcul des montants de 2018, par un simple arrêté du 20 décembre 2017, alors qu'une telle évolution relevait d'un décret. Ce décret n'a été publié qu'un an plus tard, fin décembre 2018.

b) Des calculs imprécis conduisant à des erreurs

En 2010, la Cour avait relevé des erreurs dans les calculs de compensation qui résultaient, pour une part, de problèmes méthodologiques. Un manuel de l'utilisateur devait garantir un renseignement homogène des informations nécessaires aux calculs. Ce projet a été abandonné. Les contrôles de cohérence effectués sur les données définitives pour 2021 font apparaître certaines améliorations mais aussi des difficultés persistantes et de nouveaux problèmes.

Le décompte des retraités de droit direct âgés d'au moins 65 ans est l'objet de difficultés persistantes. La liquidation unique des régimes alignés en 2017 a supprimé les doubles comptes pour les retraites versées par la Cnav et par le régime des salariés agricoles. Le problème des doublons pour les retraités affiliés aux autres caisses n'a pas été traité. Outre la difficulté, déjà mentionnée, à maintenir un décompte fiable des retraités de l'ex-RSI, ces derniers ne sont pas décomptés conformément à la liquidation unique : leur nombre inclut indûment les retraités percevant une pension du régime complémentaire des indépendants sans pension de base de l'ex-RSI. En 2021, cela a conduit à majorer de 2,5 % le nombre de retraités de l'ex-RSI au titre de la compensation et l'ex-RSI aurait dû contribuer à la compensation dès 2021, à hauteur de 1 M€, au lieu de recevoir 112 M€[140].

Des fragilités demeurent aussi dans le décompte des cotisants, salariés[141] et non-salariés, ainsi que des masses salariales. Le régime des exploitants agricoles continue à s'appuyer sur une estimation reposant sur la moyenne du nombre de cotisants au début de l'année en cours et au début de l'année suivante, alors qu'il devrait retenir l'effectif de cotisants au 1er janvier de l'année. La CNAVPL retraite ses effectifs de cotisants des radiations rétroactives mais pas des affiliations rétroactives. Les masses salariales sous plafond établies par le régime des marins et par la CNRACL présentent toujours des faiblesses.

Une erreur sur le nombre de retraités communiqué par le régime des marins, qui a eu pour effet de réduire de 4 M€ la compensation versée à ce régime en 2021, n'a pas été détectée alors qu'elle faisait apparaître une chute brutale du nombre de retraités. La pension de référence est déterminée par la direction de la sécurité sociale depuis 2018 à partir de l'indice des prix à la consommation hors tabac publié par l'Insee en novembre, mais sans appliquer les règles d'arrondi prévues par le code de la sécurité sociale[142].

S'agissant enfin du champ de la compensation démographique, la direction de la sécurité sociale demande aux régimes des données hors départements et régions d'outre-mer. Cette exclusion, liée sans doute à l'origine à des questions de mise en œuvre, n'est prévue par aucun texte ;

[140] Identifiée en 2022, cette erreur devait faire l'objet d'une correction dans les comptes des régimes concernés.
[141] Ce décompte s'effectue, pour les cotisants actifs salariés, à partir d'une estimation encore provisoire de l'emploi salarié par l'Insee, à laquelle s'ajoute une estimation fournie par le Fonds de solidarité vieillesse du nombre de ses cotisants.
[142] La DSS a indiqué à la Cour qu'elle mettrait en œuvre le calcul prévu par le décret.

elle est donc irrégulière. En outre, les retraitements effectués par les régimes ne sont pas harmonisés[143].

Toujours en matière de périmètre, le régime de la Banque de France continue à être intégré à la compensation démographique alors qu'il ne remplit plus, depuis 2019, le critère du nombre de cotisants et de retraités fixé par le code de la sécurité sociale. Ce régime a ainsi bénéficié de transferts irréguliers, représentant plus de 41 M€ entre 2019 et 2022.

Qu'il s'agisse des conditions de gestion de la compensation démographique, de ses modalités de calcul ou de sa substance au regard du système de répartition, la situation s'est dégradée par rapport à 2010.

II - Un dispositif à supprimer, une solidarité à repenser

Selon les projections du Conseil d'orientation des retraites (COR), la compensation démographique devrait atteindre 7 Md€ constants en 2035[144]. Conjuguée aux défaillances relevées dans l'architecture et dans la mise en œuvre du dispositif, cette perspective rend indispensable une révision du mécanisme actuel.

Alors que les recommandations de la Cour de 2010 pour fiabiliser et moderniser la compensation démographique n'ont pas été appliquées[145], les faiblesses du dispositif se sont accentuées. La manière dont son mode de calcul a été modifié fin 2017 et mis en œuvre en 2018 en témoigne. En outre, depuis 2020, la détermination des montants de compensation conduit à maintenir, pour le seul usage du dispositif et par la voie d'une disposition législative expresse, l'existence d'un régime fictif de retraite des indépendants. Ce système ne pourra perdurer sans affecter la fiabilité des informations servant aux calculs de la compensation.

Le rapprochement de la qualité des informations sur les revenus des salariés et des non-salariés rend injustifiable le traitement différent opéré

[143] La DSS recommande d'utiliser l'adresse postale du retraité. La Cnav retient l'adresse de la caisse qui a liquidé ses droits. Faute de mention explicite de ce retraitement, le régime des marins n'établit pas sa masse salariale hors départements et régions d'outre-mer.
[144] Projections du rapport annuel du COR de juin 2023, quelles que soient les hypothèses de gains de productivité retenues. Le montant de la compensation diminuerait ensuite entre 2035 et 2070. Les montants sont exprimés en euros de 2022.
[145] De même, les simulations réalisées par le COR en 2011 et par le Haut Conseil du financement de la protection sociale en 2015 n'ont pas eu de suites.

entre les deux étages de la compensation. Le dispositif ne saurait non plus perdurer sans être mieux contrôlé par la direction de la sécurité sociale ou par la commission de compensation. Enfin, la compensation démographique n'a pas d'équivalent dans les autres États européens, bien que plusieurs caisses de retraite coexistent généralement dans chacun d'eux. Elle prend place, en France, dans un ensemble de mécanismes de solidarité entre régimes de retraite bien plus étoffé qu'en 1974 et son effet est neutralisé dans les agrégations financières de la branche vieillesse des régimes de base de sécurité sociale.

Dans ce contexte, la Cour a simulé l'effet de trois scénarios d'évolution :

- un maintien de la compensation avec une réforme d'ampleur de ses paramètres (A), qu'elle écarte au regard de sa complexité et de l'importance des variations des montants de transferts que cette évolution induirait ;
- un maintien de la compensation avec une réforme de ses paramètres de portée plus limitée (B), qui n'est pas à écarter.
- la suppression du mécanisme de compensation (C), qui, après analyse, retient sa préférence ;

Pour ces scénarios, la Cour n'a pas retenu l'hypothèse d'une extension du périmètre de la compensation aux régimes complémentaires ni aux pensions de réversion. Elle a privilégié l'hypothèse d'un mécanisme unifié de compensation, traitant les régimes de salariés et de non-salariés sur des bases identiques (pension de référence unique et mode de calcul unifié). Cela est plus équitable et permet de mettre fin à la distinction artificielle des cotisants et retraités de l'ex-RSI au sein de la Cnav.

Alors que la Cour a relevé un consensus sur les constats qu'elle tire de cette enquête, elle note aussi, face à tout changement proposé, les inquiétudes de certains régimes qui restent attachés à la compensation.

Les retraitements effectués pour établir la base de comparaison et les simulations

Les simulations ont été réalisées à partir des dernières données définitives de compensation démographique disponibles au moment de l'instruction, à savoir l'année 2021. La sensibilité des transferts aux paramètres retenus confère un caractère illustratif à leur résultat.

La base de comparaison a été corrigée des erreurs relevées lors du contrôle : suppression du régime de la Banque de France de la liste des régimes participant à la compensation démographique[146], correction de l'erreur concernant le nombre de retraités du régime des marins[147], mise en cohérence du nombre de retraités de l'ex-RSI avec la liquidation unique[148]. Avec ces correctifs, la compensation passe de 5 907 M€ à 5 802 M€.

Les doubles comptes dans le dénombrement des retraités de la Cnav Salariés et de l'ex-RSI ont été supprimés, la plupart des retraités de l'ex-RSI ayant des droits à la Cnav Salariés. Le nombre de retraités a été estimé par la Cnav à 12 293 500, soit un effectif réduit de plus d'un million par rapport à celui pris en compte dans les calculs actuels.

Les revenus d'activité plafonnés des non-salariés ont été établis à partir des assiettes de cotisation sous le plafond de la sécurité sociale des régimes de non-salariés, jugées suffisamment fiables.

A - Un maintien de la compensation avec une réforme d'ampleur de ses paramètres (scénario A)

Le premier scénario simulé par la Cour consiste à donner toute sa portée et sa cohérence à la compensation démographique :

- elle ne comporterait plus qu'un étage avec des paramètres identiques pour les régimes de salariés et de non-salariés (pension de référence, mode de calcul) ; la Cnav serait considérée globalement, sans qu'il soit besoin d'identifier les ressortissants de l'ex-RSI ;
- les durées d'affiliation des retraités, qui diffèrent fortement selon les régimes, seraient prises en compte.

Ce second point répond à l'une des principales critiques de la Cour en 2010 et du Conseil d'orientation des retraites en 2011. Il consisterait à pondérer le nombre de retraités de chaque régime par leur durée moyenne d'affiliation, afin de mieux refléter les différences entre les régimes.

De fait, la faiblesse de la pension moyenne servie par le régime des salariés agricoles ou par l'ancien régime des commerçants, qui ont été pris comme pension de référence, résulte surtout des courtes durées d'affiliation à ces régimes et non de montants minimaux de retraite servis.

[146] Soit une réduction de la compensation de 11 M€, le régime n'atteignant plus le seuil réglementaire de 20 000 cotisants et retraités âgés d'au moins 65 ans.
[147] Soit une augmentation de la compensation versée à ce régime de 4 M€.
[148] Soit une réduction de la compensation versée à l'ex-RSI de 112 M€.

Dans la simulation, la pension moyenne de chaque régime a été rapportée au produit de la durée d'affiliation moyenne par le revenu de carrière moyen des retraités, en retenant le rapport le plus faible. Avec cette formule de calcul, les transferts de compensation seraient moins sensibles à des réformes visant à fusionner des régimes aux règles comparables mais dans lesquels les durées d'affiliation sont différentes.

Méthode d'estimation des durées d'affiliation des retraités

La simulation s'appuie sur les durées d'affiliation moyennes en 2021 communiquées par les régimes, retraitées pour se limiter à la durée par rapport à laquelle la pension est proportionnelle (durée validée et écrêtée).

Pour le régime général, cette durée a été estimée à 110,9 trimestres. Sept régimes ont des durées plus élevées. Trois régimes présentent des durées allant de 84,3 à 106,9 trimestres. Quatre ont des durées plus courtes, avec un minimum pour le régime des salariés agricoles (34 trimestres).

Le régime des salariés agricoles resterait le régime de référence, mais, compte tenu de la faible durée d'affiliation dans ce régime, la pension de référence triplerait par rapport à celle utilisée pour les salariés en 2021 et passerait à 6 748 €. En conséquence, le volume des transferts augmenterait fortement.

Le montant total des transferts de compensation calculés dans ce scénario atteindrait 15 Md€, conduisant à des modifications de plus de 11 Md€ par rapport au dispositif en vigueur. Les régimes contributeurs contribueraient davantage, au bénéfice du régime des exploitants agricoles et, surtout, du régime des fonctionnaires de l'État. En tenant compte des mécanismes de solidarité financière, la Cnav supporterait une charge de compensation de 11 Md€ au lieu de 1,6 Md€ (soit près de 9,5 Md€ supplémentaires). L'État percevrait près de 11 Md€ au lieu de 500 M€ (soit près de 10,4 Md€ supplémentaires).

Tableau n° 20 : réforme d'ampleur tenant compte des écarts de durée d'affiliation, en M€ (scénario A)

	Effet du scénario d'ampleur (A)	Effet des mécanismes d'équilibrage	Effet total
Cnav (salariés et ex-RSI)	- 7 588	- 1 836	**- 9 424**
Salariés agricoles	- 1 836	1 836	**0**
État - Fonctionnaires	8 821	1572	**10 393**
FSPOEIE	488	- 488	**0**
CNRACL	- 1 131		**- 1 131**
CANSSM	256	- 256	**0**
CPRP SNCF	723	- 723	**0**
CPR RATP	82	- 82	**0**
Énim	23	- 23	**0**
CNIEG	575		**575**
CRPCEN	- 43		**- 43**
Exploitants agricoles	335		**335**
CNAVPL	- 570		**- 570**
CNBF	- 136		**- 136**
Total des variations	**11 303**		

Retraitements : corrections erreur de saisie Énim et nombre de retraités ex-RSI ; Banque de France hors compensation ; ex-RSI intégré à la Cnav avec suppression des doubles comptes pour les retraités.
Note de lecture : un montant positif correspond à un gain pour le régime ; un montant négatif à un moindre transfert de compensation ou d'équilibrage.
Source : Cour des comptes

Ce scénario apparaît difficile à mettre en œuvre : il donnerait lieu à des transferts importants entre régimes et déséquilibrerait le régime général[149]. Outre ces effets financiers, ce scénario ajouterait un niveau de complexité supplémentaire, demandant de nouveaux recueils de données aux régimes.

[149] La DSS a estimé l'impact de ce scénario sur le solde du régime général à l'équivalent de deux points de taux de cotisation salariale plafonnée pour les salariés du secteur privé.

B - Un maintien de la compensation avec une réforme de ses paramètres de portée plus limitée (scénario B)

Le deuxième scénario prend en compte, comme le premier, une pension de référence unique pour tous les régimes de salariés et de non-salariés : la pension la plus faible des deux pensions de référence, soit la pension moyenne des salariés agricoles en 2017, revalorisée depuis sur les prix. La formule utilisée est celle des régimes de salariés, tenant compte des écarts de situation démographique et des capacités contributives des cotisants.

Tableau n° 21 : réforme avec un mécanisme unique limité aux écarts de situation démographique et contributive, en M€ (scénario B)

	Effet du scénario B	Effet des mécanismes d'équilibrage	Effet total
Cnav (salariés et ex-RSI)	56	62	**118**
Salariés agricoles	62	- 62	**0**
État - Fonctionnaires	173	20	**193**
FSPOEIE	2	- 2	**0**
CNRACL	156		**156**
CANSSM	1	- 1	**0**
CPRP SNCF	11	- 11	**0**
CPR RATP	4	- 4	**0**
Énim	2	-2	**0**
CNIEG -	14		**14**
CRPCEN	5		**5**
Exploitants agricoles	- 696		**- 696**
CNAVPL	203		**203**
CNBF	9		**9**
Total des variations	**696**		

Retraitements : corrections erreur de saisie Énim et nombre de retraités ex-RSI ; Banque de France hors compensation ; ex-RSI intégré à la Cnav avec suppression des doubles comptes.
Note : Pension de référence : 2 183,695 €. Taux de cotisation de 4,86 %.
Note de lecture : un montant positif correspond à un gain pour le régime ; un montant négatif à un moindre transfert de compensation ou d'équilibrage.
Source : Cour des comptes

Avec ce deuxième scénario, la compensation s'établirait à 5,3 Md€ au lieu de 5,9 Md€ dans le dispositif en vigueur. Cette diminution résulterait en particulier d'une diminution du montant de transfert reçu par le régime des exploitants agricoles, en contrepartie de moindres contributions notamment de la CNAVPL et de la CNRACL.

Après prise en compte des mécanismes d'équilibrage, la charge de compensation serait réduite de plus de 100 M€ pour le régime général et le produit de compensation perçu par l'État augmenterait d'environ 200 M€.

Toutefois un tel scénario resterait largement artificiel. Ce scénario supposerait que soit renforcée la commission de compensation ou qu'elle soit définitivement supprimée, le *statu quo* actuel, irrégulier, ne pouvant perdurer. Son application impliquerait en outre de profondes évolutions en termes de gestion du dispositif, pour assurer l'homogénéité et la qualité des informations utilisées dans le calcul des transferts.

C - Une suppression du dispositif devant laisser place à une autre forme de solidarité (scénario C)

La suppression de la compensation a été prévue dès l'origine, le dispositif ayant été conçu comme provisoire. Elle a, depuis, été régulièrement envisagée. Au regard des enjeux en matière de solidarité inter-régimes qu'elle porte et des effets sur les comptes des régimes que sa suppression entraînerait, la Cour estime que la compensation devrait être supprimée pour privilégier des transferts de solidarité plus simples et davantage intégrés dans les évolutions en cours des régimes de retraite.

1 - Un dispositif conçu comme provisoire dont la suppression a été régulièrement envisagée

En 2013, la direction de la sécurité sociale considérait que, « au vu des défauts de ce mécanisme, c'est sans doute sa suppression qui devrait être visée plutôt qu'un énième toilettage »[150]. Dans son rapport de 2015, le Haut Conseil du financement de la protection sociale s'était interrogé sur son maintien pour les régimes intégrés financièrement. En 2017, la direction de la sécurité sociale a, de nouveau, émis l'hypothèse d'une suppression de la compensation.

[150] Réponse de la DSS au suivi des recommandations du rapport de la Cour de 2010.

La Cour a mesuré l'effet de la suppression de la compensation sur les résultats de chaque régime. Elle a également pris en compte l'effet de cette suppression sur les mécanismes d'équilibrage assurés par la Cnav et par l'État. Les résultats de cette simulation sont fournis pour une année donnée, les transferts de compensation et les soldes des régimes pouvant varier dans le temps.

Tableau n° 22 : effet de la suppression de la compensation sur les comptes des régimes, en M€ (scénario C)

	Effet de la suppression de la compensation	Effet des mécanismes d'équilibrage	Effet total
Cnav (salariés et ex-RSI)	4 031	- 2 489	1 542
Salariés agricoles	- 2 489	2 489	0
État – Fonctionnaires	- 68	- 373	- 441
FSPOEIE	- 82	82	0
CNRACL	945	0	945
CANSSM	- 200	200	0
CPRP SNCF	- 48	48	0
CPR RATP	26	- 26	0
Énim	- 69	69	0
CNIEG	42		42
CRPCEN	- 31		- 31
Banque de France	- 11		- 11
Exploitants agricoles	- 2 668		- 2 668
CNAVPL	528		528
CNBF	96		96
Total des variations	**5 907**		

Note de lecture : un montant positif correspond à un gain pour le régime ; un montant négatif à un moindre transfert de compensation ou d'équilibrage.
Source : Cour des comptes

La suppression de la compensation démographique aurait pour effet mécanique d'alléger les charges du régime général et de creuser celles de l'État, en raison de la perte, d'une part, du transfert de compensation

pour les fonctionnaires[151] et d'autre part, des transferts aux régimes dont il assure l'équilibre financier.

Compte tenu des effets de la suppression du dispositif, notamment sur le financement du régime des exploitants agricoles, la Cour propose de revoir l'ensemble des systèmes de compensation et d'équilibrage des régimes pour mettre en place un système plus simple qui tienne compte de leur évolution.

2 - La mise en place de transferts de solidarité plus simples et prenant en compte l'évolution des régimes

Le scénario de suppression tire les conséquences du caractère devenu de plus en plus arbitraire de la compensation, des mesures de rapprochement progressif des régimes (par leur suppression ou leur mise en extinction), des dysfonctionnements qui affectent la gouvernance de la compensation, et des faiblesses de la gestion du dispositif.

Dès lors que la compensation démographique serait supprimée, la CNRACL, la CNAVPL et le régime des exploitants agricoles ne participeraient plus à un mécanisme de solidarité organisé annuellement entre les régimes de base de retraite. La CNRACL et la CNAVPL y gagneraient mais le régime des exploitants agricoles, fragile sur le plan financier, serait particulièrement affecté.

La CNRACL contribue depuis des années à la compensation démographique de manière significative et connaît des déficits répétés (1,4 Md€ en 2020, 1,2 Md€ en 2021, 1,8 Md€ en 2022), qui ont conduit à des capitaux propres négatifs depuis 2021. Sa contribution à la compensation démographique, toutefois, diminue rapidement et la caisse deviendra bientôt bénéficiaire net. Pour autant, la question de la compensation démographique constitue pour la CNRACL un sujet de second rang par rapport à la dégradation continue de ses comptes et aux inévitables mesures de redressement à venir. À cet égard, une réflexion sur des pistes d'équilibrage à moyen et long terme est en cours[152] et pourrait prendre en compte la proposition de suppression de la compensation.

[151] Équilibré par une subvention du budget général de l'État.

[152] Le Gouvernement a indiqué au Sénat le 23 novembre 2023 qu'il a demandé à l'inspection générale des finances, à l'inspection générale de l'administration et l'inspection générale des affaires sociales d'établir un diagnostic et de « *tracer des pistes d'équilibrage de cette caisse de retraite à moyen et long terme* ».

La suppression de la compensation démographique aurait un effet favorable sur les comptes des régimes vieillesse des professions libérales et des avocats.

S'agissant des régimes agricoles, celui des salariés ne serait pas affecté par une suppression de la compensation, son équilibre étant déjà assuré par le régime général. Tel ne serait pas le cas du régime des exploitants agricoles. Ainsi que la Cour l'a relevé[153], ce régime a pour particularité d'être largement financé par la solidarité nationale, qui assurait plus de 83 % de ses ressources en 2018, pour un montant de 13 Md€[154]. Moins d'un quart de ces montants provenait de la compensation démographique, les autres ressources étant essentiellement apportées par des impôts et taxes affectées, dans des proportions qui ont varié dans le temps. En cas de suppression de la compensation démographique, d'autres moyens devront assurer l'expression du principe de solidarité entre régimes au bénéfice du monde agricole, par un transfert de ressources de la Cnav.

Au total, la suppression de la compensation démographique devrait s'intégrer dans une approche plus large de l'évolution des régimes, de la mise en cohérence des transferts, de l'éventuel adossement de régimes au régime général, en articulant mieux les transferts de solidarité, simplifiés, avec les autres mécanismes d'équilibrage.

[153] Cour des comptes, *La Mutualité sociale agricole*, rapport public thématique, mai 2020.
[154] Lors des deux derniers épisodes de reprise de dettes par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, les déficits du régime des exploitants agricoles ont été en outre repris à hauteur de 2,5 Md€ en 2012 et de près de 3,6 Md€ en 2020.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'architecture de plus en plus artificielle de la compensation démographique retraite et les multiples défaillances constatées dans sa mise en œuvre ne peuvent pas rester sans réponse. Les modalités de mise en œuvre de ce mécanisme se sont encore détériorées depuis 2010 et ses règles de calcul aboutissent à des montants de compensation croissants entre régimes alors que leurs situations démographiques se rapprochent.

Dans ce contexte, la Cour a simulé l'effet de trois scénarios d'évolution : le premier consiste à supprimer la compensation et à repenser les mécanismes de solidarité permettant d'équilibrer les régimes déficitaires ; le deuxième est une refonte d'ampleur, conduisant à traiter les régimes de salariés et de non-salariés sur un pied d'égalité et à tenir compte de la durée d'affiliation des assurés ; le troisième se limite à traiter de façon égale les régimes de salariés et de non-salariés, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Au regard de ses effets et de la complexité supplémentaire qu'il induit, le scénario d'ampleur est écarté par la Cour.

À l'issue de ses travaux, la Cour recommande d'appliquer le scénario de suppression complète du dispositif, qui avait été conçu en 1974 comme transitoire. Cette suppression, sans impact sur le solde global de la branche vieillesse des régimes de base de sécurité sociale, s'inscrirait dans le cadre d'une révision d'ensemble des mécanismes d'équilibrage des régimes de retraite de base, plus simple et adaptée aux évolutions récentes (suppression du RSI, mise en extinction de régimes spéciaux).

La Cour formule ainsi la recommandation de politique publique et la recommandation de gestion suivantes, qui sont adressées à la ministre du travail, de la santé et des solidarités et au ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique :

8. supprimer la compensation et en tirer les conséquences pour les régimes les plus concernés (régime des exploitants agricoles, CNRACL) ;

À défaut, établir la compensation sur des bases identiques pour les régimes de salariés et de non-salariés sans maintenir un régime social des indépendants pour les seuls besoins de la compensation ; prendre en compte les affiliés d'outre-mer ;

a) dans l'hypothèse d'un maintien de la compensation,

b) sécuriser le processus de gestion et de contrôle en harmonisant les données fournies par les régimes de retraite ;

9. *renforcer les moyens de la commission de compensation afin qu'elle puisse remplir l'ensemble de ses missions ou, à défaut, la supprimer, procéder à la consultation des régimes sur les projets de texte dans les conditions de droit commun et organiser un contrôle des données périodique en faisant appel aux corps de contrôle.*

Deuxième partie

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Chapitre IV

Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun

PRÉSENTATION

Au salaire de base perçu par tout salarié du secteur privé s'ajoutent différents compléments comme la contribution de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire, les versements liés au partage de la valeur en entreprise, les aides sociales et culturelles ou la rémunération des heures supplémentaires.

Ces compléments sont versés aux salariés par l'employeur ou par le comité social et économique. Ils sont le plus souvent volontaires. Afin de favoriser leur développement, ils bénéficient d'exemptions ou d'exonérations de cotisations sociales qui en diminuent le coût pour l'employeur. Ils relèvent ainsi de régimes sociaux dérogatoires et se traduisent par des pertes de recettes pour la sécurité sociale, partiellement atténuées par l'instauration de taxes compensatoires.

Dans la période récente, les compléments de salaire ont été renforcés pour améliorer ou protéger le pouvoir d'achat des salariés du secteur privé sans trop peser sur le coût du travail et sur la compétitivité des entreprises : les heures supplémentaires ont, à nouveau, été exonérées de cotisations salariales en 2019 ; une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, créée en 2019 après la crise des « gilets jaunes », est devenue la prime de partage de la valeur en 2022, en réponse à la reprise de l'inflation ; la loi du 29 novembre 2023, qui transpose un accord national interprofessionnel entre les partenaires sociaux, oblige désormais toute entreprise de dix salariés et plus à mettre en œuvre un dispositif de partage de la valeur en entreprise. Parallèlement, les taux des taxes compensatoires ont été réduits, notamment pour les petites entreprises.

Ce faisant, les compléments de salaire se sont, en partie, substitués aux salaires de base, ce qui a entraîné de moindres recettes pour la sécurité sociale et une augmentation de ses déficits. En outre, les différents compléments de salaire liés au partage de la valeur en entreprise varient sensiblement selon le secteur économique et la taille des entreprises et peuvent être cumulés par un même salarié. Il en résulte un enjeu d'équité du prélèvement social entre entreprises et entre salariés.

Ce chapitre examine les élargissements récents des réductions de cotisations sociales sur les compléments de salaire et les diminutions de taxes compensatoires (I). Il en analyse les conséquences sur l'équilibre financier de la sécurité sociale et sur l'équité du prélèvement social (II). Il avance des propositions pour améliorer le pilotage de ces régimes sociaux dérogatoires, rétablir une plus grande équité dans le prélèvement et réduire le manque à gagner pour la sécurité sociale (III).

Chiffres-clés

Dans le secteur privé, les compléments de salaire se sont élevés à 87,5 Md€ en 2022 et ont complété le salaire de base en moyenne de 13,2 %.

Ils relèvent notamment du partage de la valeur en entreprise (30,7 Md€ y compris prime de partage de la valeur) et de la contribution de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire (25,3 Md€). Les régimes sociaux dérogatoires qui leur sont appliqués se traduisent par une perte nette de recettes pour la sécurité sociale qui peut être estimée à 18 Md€ en 2022, après prise en compte des taxes compensatoires pour 8,9 Md€.

46 % des salariés du secteur privé bénéficient des principaux dispositifs de partage de la valeur en entreprises (24 Md€ en 2021), soit + 3 points depuis 2017 (participation aux résultats de l'entreprise, intéressement, abondements de l'employeur du plan d'épargne entreprise, plan d'épargne retraite collectif).

La prime de partage de la valeur s'est élevée à 5,3 Md€ en 2022 et a été distribuée à 5,5 millions de salariés ; 44 % des montants ont été attribués à des salariés bénéficiant déjà de la participation ou de l'intéressement.

Tableau n° 23 : compléments de salaires versés en 2022 et régimes sociaux dérogatoires associés (en Md€)

Compléments de salaire		Régimes sociaux dérogatoires
Aides directes aux salariés : titres-restaurant, chèques vacances, aides culturelles et sportives, chèque emploi service universel, remboursement des frais de transport domicile-travail	11,9	Régime dérogatoire le plus favorable : outre l'exemption de cotisations sociales, exemption de CSG-CRDS et de toute taxe compensatoire
Indemnités de rupture du contrat de travail : licenciement, rupture conventionnelle, mise à la retraite d'office	4,8	Exemption de cotisations sociales et de CSG-CRDS mais taxe spécifique (30%) sur les indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite
Partage de la valeur en entreprise :	*{30,7}*	
dont participation financière et actionnariat salarié : participation aux résultats de l'entreprise (obligatoire pour les entreprises > 50 salariés), intéressement, plan d'épargne entreprise, *stock-options*, attribution gratuite d'actions, prime de partage de la valorisation de l'entreprise (PPVE) créée par la loi du 29 novembre 2023 (25,4 Md€)	25,4	Exemption de cotisations sociales mais application de la CSG-CRDS et du forfait social (0 %, 10 %, 16 % ou 20 %, selon la taille de l'entreprise et les conditions d'épargne salariale) ou de taxes spécifiques (*stock-options*, attribution gratuite d'actions, PPVE)
dont prime de partage de la valeur (PPV)	5,3	Exemption de cotisations sociales mais application de la CSG-CRDS et du forfait social à 20% pour les entreprises >250 salariés À titre temporaire jusqu'à fin 2026, exemption de la CSG-CRDS et du forfait social des primes versées aux salariés gagnant moins de 3 Smic dans les entreprises < 50 salariés
Protection sociale complémentaire en entreprise : prise en charge financière par l'employeur du secteur privé pour ses salariés d'au moins la moitié d'un contrat d'une complémentaire de santé (obligatoire), d'un contrat de prévoyance ou d'un contrat de retraite supplémentaire type plan d'épargne retraite collectif (facultatif)	25,3	Exemption de cotisations sociales mais application de la CSG-CRDS, du forfait social (0 % pour les entreprises < 11 salariés ou 8 %) et de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats de complémentaires de santé (13,5 %) ou d'une taxe spécifique sur les contrats de retraite supplémentaire.
Heures supplémentaires	14,9	Exonération des cotisations salariales et déduction forfaitaire des cotisations patronales
Total compléments de salaire de base	**87,5**	

Source : PLFSS 2024 et DSN

I - Depuis 2018, une extension sans précédent des dispositifs dérogatoires qui perdent en cohérence

Selon l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, les rémunérations du travail doivent être soumises à des cotisations sociales à la charge des employeurs et des salariés qui financent les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, les régimes complémentaires de retraite et l'assurance chômage, mais aussi à des taxes comme la cotisation sociale généralisée (CSG) ou la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Leur montant total s'élève à 63,81 % du salaire brut[155]. Les compléments de salaire dérogent à ce principe et sont exemptés de cotisations sociales voire, pour certains, de CSG et de CRDS.

Différentes taxes assises sur les compléments de salaire exemptés, dont les taux varient entre 0 % et 30 %, viennent compenser partiellement le manque à gagner pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, mais pas pour les régimes complémentaires de retraite et l'assurance chômage. Il en résulte une grande complexité.

Depuis 2018, les compléments de salaire ont pris une ampleur sans précédent. Ils tendent, de plus en plus, à répondre à un objectif d'amélioration du pouvoir d'achat, au même titre que le salaire de base, mais à moindre coût pour les entreprises du fait de leur régime social dérogatoire. Parallèlement, les taux des taxes compensatoires, créées pour atténuer les effets de ces dispositifs sur les finances sociales, ont été réduits.

A - Des dispositifs dérogatoires nombreux aux objectifs imprécis

Les régimes sociaux dérogatoires des compléments de salaire ont été historiquement créés pour répondre à des objectifs spécifiques dans un cadre de décision collective au sein de l'entreprise. Depuis 2018, cette double contrepartie tend à s'effacer pour viser un objectif d'ordre général d'amélioration ou de protection du pouvoir d'achat des salariés, en complément des augmentations de salaires de base mais avec davantage de flexibilité et à moindre coût pour les entreprises.

---

[155] Taux applicable au 30 septembre 2023 hors dispositifs généraux de réduction des taux à un salarié dont la rémunération est inférieure au plafond de la sécurité sociale (43 992 €).

Exemption et exonération : une différence de droits sociaux

Les allègements de cotisations sociales pour les compléments de salaire prennent la forme, soit d'exemption d'assiette, soit d'exonération de taux. Il existe 19 exemptions d'assiette de cotisations sociales, dont la participation aux résultats de l'entreprise ou la contribution à une complémentaire de santé, et 5 exonérations de cotisations sociales, principalement pour les cotisations salariales des heures supplémentaires.

La distinction entre exemptions et exonérations de cotisations sociales est essentielle : les compléments de salaire exemptés ne sont pas créateurs de droits sociaux pour le calcul des prestations en espèces de la sécurité sociale notamment pour la retraite, et la perte de recettes pour la sécurité sociale n'est pas compensée par l'État ; les compléments de salaire exonérés créent des droits sociaux, notamment à la retraite, sans recette correspondante ; ils devraient être compensés par l'État mais, en pratique, ne le sont pas.

1 - Des compléments de salaire conçus pour répondre à des objectifs spécifiques d'amélioration du statut de salarié

Destinées à encourager le partage de la valeur en entreprise, les premières exemptions ont porté sur les dispositifs d'intéressement (1959) et de participation aux résultats de l'entreprise (1967)[156] : les salariés sont associés à la performance de l'entreprise en cas d'atteinte de ses objectifs ou à ses bénéfices, dont ils perçoivent une quote-part. Les montants exemptés sont versés soit directement au salarié, soit *via* des dispositifs d'actionnariat salarié, comme le plan d'épargne entreprise (PEE) pour constituer une épargne utile au développement de l'entreprise.

Les exemptions sur les attributions gratuites d'actions et sur les *stock-options*[157] visent à améliorer l'attractivité internationale des rémunérations et à faciliter le recrutement de profils à haut potentiel par des petites entreprises à forte perspective de croissance.

Une deuxième catégorie d'exemptions relève des aides directes versées par l'employeur ou par le comité social et économique de l'entreprise aux salariés pour améliorer leur statut. Les secours ponctuels, les dispositifs d'aide aux repas (titres-restaurant, prime, restauration collective) et de départ en vacances (chèques-vacances) ont été élargis à

[156] Code du travail, art. L. 3312-1 (intéressement) et L. 3322-1 (participation).
[157] Code du commerce, art. L. 225-177 à L. 225-186-1 (*stock-options*) et L. 225-197-1 à L. 225-197-6 (attributions gratuites d'actions).

l'ensemble des aides culturelles et sportives[158] ainsi qu'à la prise en charge d'une partie des frais de transport entre le domicile et le lieu de travail.

Les exemptions concernant la protection sociale complémentaire en entreprise ont été complétées en 2016 par une obligation légale de l'employeur d'affiler ses salariés à un contrat collectif d'assurance complémentaire de santé pour garantir une prise en charge complète des dépenses mal couvertes par l'assurance maladie[159]. Elles visent aussi à encourager l'employeur à proposer une couverture du risque d'invalidité, non couvert par la sécurité sociale, et à contribuer à une retraite supplémentaire par capitalisation, en sus des régimes obligatoires de retraite de la sécurité sociale et des régimes complémentaires.

Enfin, les exemptions des indemnités de rupture du contrat de travail sont considérées comme une compensation du préjudice subi par le salarié en cas de licenciement ou de mise à la retraite d'office. La rupture conventionnelle bénéficie aussi d'un régime social dérogatoire[160].

Plusieurs de ces compléments de salaire sont mis en œuvre par le truchement d'intermédiaires, notamment pour les titres-restaurants et pour les organismes complémentaires de santé et de prévoyance. Leur transparence sur les commissions qu'ils perçoivent et sur les marges qu'ils réalisent est parfois insuffisante.

Un manque de transparence de certains intermédiaires

Les titres-restaurants sont distribués principalement par quatre entreprises. Dans un avis rendu au Gouvernement en 2023[161], l'Autorité de la concurrence a appelé à la transparence des commissions financières pour assurer le respect de la concurrence. Les quatre entreprises ont été sanctionnées en 2019 pour entente et à des amendes de 415 M€[162].

[158] Instruction ministérielle du 17 avril 1985.
[159] Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 et code de la sécurité sociale, art. L. 911-1 et suivants.
[160] Code du travail, art. L. 1235-3 (licenciement), L. 1237-5 (mise à la retraite) et L. 1237-11 (rupture conventionnelle).
[161] Avis du 12 octobre 2023 relatif au projet d'encadrement réglementaire des commissions perçues par les émetteurs de titres-restaurant sur les commerçants.
[162] La sanction de l'Autorité de la concurrence du 17 décembre 2019 a été confirmée par la décision de la Cour d'appel de Paris du 16 novembre 2023.

Pour les organismes complémentaires de santé et de prévoyance, les prestations versées aux salariés atteignent seulement 80 % des cotisations perçues en 2021, le ratio allant de 77 % pour les assurances à 86 % pour les institutions de prévoyance. La différence est constituée par les frais marketing et de gestion, lesquels dépassent ceux de la sécurité sociale pour des montants gérés très inférieurs[163], par la constitution de réserves financières importantes au vu de ratios prudentiels de solvabilité qui apparaissent largement couverts[164], et par les profits.

2 - Une relance récente des dispositifs de partage de la valeur en entreprise

Les compléments de salaire ont été renforcés pour améliorer le pouvoir d'achat après la crise des « gilets jaunes », pour permettre aux employeurs de récompenser leurs salariés mobilisés durant la crise sanitaire, pour faire face au retour d'une forte inflation tout en évitant d'alimenter la boucle salaire-inflation, et pour relancer le dialogue social sur le thème du partage de la valeur en entreprise.

À compter de 2019, le régime social des heures supplémentaires a été allégé par une exonération totale des cotisations salariales d'assurance vieillesse de base et complémentaire[165]. Un tel dispositif avait déjà été créé en 2007 et supprimé en 2012 car jugé peu efficient. Le nouveau dispositif se distingue du précédent par l'absence de compensation par l'État de la perte de recettes pour la sécurité sociale.

Également en 2019, une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat (Pepa) a été créée, assortie d'une exemption de cotisations sociales dans la limite d'un plafond de 1 000 € par an et de 2 000 € sous conditions. La prime de partage de la valeur (PPV), instituée par la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022, lui a succédé avec un plafond porté à 3 000 € par an et à 6 000 € sous conditions. Les montants versés sont à l'appréciation de l'employeur, le cas échéant après simple information du comité social et économique de l'entreprise, et non pas selon des règles définies par accord

[163] Soit 7,5 Md€ pour les frais de gestion des sinistres, d'administration et d'acquisition, contre 7,3 Md€ en 2018 de charges de gestion des caisses de sécurité sociale *in Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient*, Cour des comptes, juin 2021.

[164] À hauteur de 235 % du minimum de capital requis et de 518 % du capital de solvabilité requis, en 2022. *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Drees, 2022.

[165] LFSS pour 2019 et loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018. Il a été étendu aux enseignants pour leurs missions particulières par le décret n° 2023-823 du 25 août 2023.

collectif. Les modalités définies ont été souples pour favoriser une diffusion rapide et large, notamment dans les petites entreprises.

Diverses autres mesures de la LFSS pour 2023 ont visé à renforcer le pouvoir d'achat des salariés, par l'augmentation des plafonds d'exemption des titres-restaurant, de la prime de transport et du forfait mobilités durables ainsi que par l'obligation de prise en charge des frais de transports publics. Les achats de titres-restaurant ont été temporairement élargis à l'ensemble des biens alimentaires.

Enfin, la loi n° 2023-1107 du 29 novembre 2023 transposant l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur en entreprise a obligé les entreprises de 10 salariés et plus ayant réalisé un bénéfice pendant trois exercices consécutifs à mettre en place un dispositif de partage de la valeur[166]. Elle a aussi créé une nouvelle prime, dite de partage de la valorisation de l'entreprise (PPVE), dans le cas où la valeur de l'entreprise augmenterait sur une période de trois années.

Des sujets d'attention suscités par la loi du 29 novembre 2023

La loi du 16 août 2022 dispose qu'à titre temporaire, jusqu'à la fin de 2023, la prime de partage de la valeur versée aux salariés gagnant moins de trois fois le Smic est exemptée de cotisations sociales mais aussi de CSG/CRDS, de forfait social, d'impôt sur le revenu et de taxe sur les salaires.

La loi du 29 novembre 2023 portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur en entreprise a prorogé ce régime exceptionnel jusqu'à la fin de 2026 dans les entreprises de moins de 50 salariés. La durée de ce régime temporaire, après prorogation, atteint donc quatre ans et demi. Il s'agit, pour la Cour, d'une irrégularité, seule une loi de financement de la sécurité sociale pouvant instituer une exemption au-delà d'une durée de trois ans[167]. L'administration considère qu'il ne s'agit pas d'une prorogation mais de la création d'un nouveau dispositif.

[166] À titre expérimental, pendant cinq ans, au choix de l'employeur entre l'intéressement, la participation ou la prime de partage de la valeur, en cas de bénéfice net fiscal supérieur ou égal à 1 % du chiffre d'affaires.
[167] Code de la sécurité sociale, art. LO 111-3-16.

Par ailleurs, dans son avis au Gouvernement, le Conseil d'État a estimé que la prorogation du régime exceptionnel de la prime de partage de la valeur exposait les salariés à une rupture d'égalité devant l'impôt, selon qu'ils travaillent dans une entreprise de plus ou de moins de cinquante salariés et en l'absence de lissage autour du seuil de la valeur de trois Smic[168].

3 - Des montants importants distribués pour des objectifs macroéconomiques peu lisibles

Les compléments de salaire bénéficiant de régimes sociaux dérogatoires se sont élevés à 87,5 Md€ en 2022. Les trois principales catégories relèvent du partage de la valeur en entreprise (35 % du total), de la protection sociale complémentaire (29 %) et des heures supplémentaires (17 %).

Graphique n° 15 : montants des compléments de salaires versés en 2022

Lecture : « Partage de la valeur en entreprise » : participation aux résultats de l'entreprise, intéressement, plan d'épargne entreprise, stock-options, attribution gratuite d'actions et prime de partage de la valeur (PPV) ; « Aides directes aux salariés » : titres-restaurant, chèques vacances, aides culturelles et sportives, chèque emploi service universel et remboursement des frais de transport domicile-travail.
Source : PLFSS 2024 et déclaration sociale nominative (DSN)

[168] Avis n° 407-057 du 17 mai 2023.

À court terme, le dispositif de prime exceptionnelle de pouvoir d'achat puis de prime de partage de la valeur a été une réponse utile pour distribuer du pouvoir d'achat sans alimenter la boucle salaires-inflation dans un contexte de forte inflation. À moyen terme, cette réponse perd toutefois de son intérêt dans un contexte de ralentissement de l'inflation.

Des objectifs macroéconomiques peu explicités et discutables

Les études d'impact des récentes lois votées apportent peu d'éclairage sur les attendus macroéconomiques des dispositifs réformés de compléments de salaire. Elles se limitent à l'énoncé d'objectifs de principe, à quelques simulations de revenu supplémentaire par salarié (heures supplémentaires et prime de partage de la valeur), sans analyse de l'effet redistributif macroéconomique. L'étude d'impact de la loi du 23 novembre 2023 affiche des objectifs non chiffrés d'amélioration du pouvoir d'achat des salariés des petites entreprises et d'augmentation de leur productivité par une incitation à s'investir dans la performance de leur entreprise.

Le Conseil d'analyse économique, placé auprès du Premier ministre, a estimé que l'obligation imposée aux entreprises de 11 à 49 salariés d'adopter un dispositif de partage de la valeur pourrait aboutir à transférer aux salariés entre 350 et 500 M€, pour un coût annuel de 75 à 200 M€ pour les finances publiques[169]. Il est dubitatif sur les effets macroéconomiques de ces dispositifs qui « *semblent ne pas affecter significativement les performances des entreprises et se substituent fortement aux salaires* ». Il recommande « *d'adosser le système de partage de la valeur à une formule unique dont les paramètres pourraient être ajustés en fonction de la taille des entreprises ou négociés par branche ou entreprise* ».

B - Un tassement du rendement des taxes compensatoires

Des taxes compensatoires dues par les entreprises ont été instituées sur la plupart des compléments de salaire exemptés de cotisations sociales. Elles représentent *de facto* une « *voie médiane entre l'absence d'assujetissement et l'application des taux de droit commun* »[170]. Les taux ont été récemment réduits pour renforcer l'attractivité des dispositifs exemptés, ce qui a conduit à un tassement de leur rendement.

[169] *Que faut-il attendre des mécanismes de partage de la valeur ?* CAE, juillet 2023.
[170] PLFSS 2024, annexe n° 4.

1 - Un ensemble complexe de taxes compensatoires

À l'exception des aides directes aux salariés et des indemnités de licenciement, tous les compléments de salaire exemptés de cotisations sociales sont soumis à des taxes compensatoires. Les premières d'entre elles ont été appliquées aux retraites-chapeaux, en 2004, puis aux *stock-options* et aux attributions gratuites d'actions, en 2008.

Un forfait social a été créé par la LFSS pour 2009[171] à la suite de rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour des comptes qui relevaient déjà une multiplication des exemptions de cotisations sociales[172]. Il s'agit d'une contribution de l'employeur assise sur les revenus d'activité assujettis à la CSG et exemptés de cotisations sociales. Initialement fixé à 2 %, le taux du forfait social a été relevé progressivement jusqu'à 20 % par la LFR pour 2012. Il est versé à la branche retraite (6,2 Md€ en 2022) sans être constitutif de droits à retraite.

Enfin, une taxe de solidarité additionnelle[173] repose sur la contribution de l'employeur au contrat collectif d'une complémentaire de santé. Elle est acquittée par les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les assurances et est versée à la branche maladie. Fixée au taux de 13,27 %, son montant peut être estimé à 1,5 Md€ en 2022.

2 - Une baisse des taux et un tassement du rendement

Afin d'encourager les compléments de salaire exemptés, les taxes compensatoires ont été récemment allégées. Le taux de la contribution de l'employeur sur les attributions gratuites d'actions a été diminué de 30 % en 2017 à 20 % en 2018[174]. Le taux du forfait social sur la participation et sur l'intéressement a été réduit de 20 % à 16 % en cas d'investissement dans des PME et un taux de 10 % a été créé, sous conditions, lorsque l'employeur abonde l'intéressement des salariés[175]. Le forfait social a été supprimé pour la participation dans les entreprises de moins de 50 salariés,

---

171 Code de la sécurité sociale, art. L. 137-15.

172 *Rapport d'information de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales*, Assemblée nationale, 2008. *L'assiette des prélèvements sociaux*, Cour des comptes, Ralfss 2007.

173 Code de la sécurité sociale, art. L 862-4.

174 Le taux fixé à 10 % en 2008 a été porté à 30 % en 2012, réduit à 20 % en 2015, remonté à 30 % en 2017 et réduit à 20 % en 2018.

175 Loi n° 2015-990 du 6 août 2015.

pour l'intéressement dans celles de moins de 250 salariés[176] et pour les abondements volontaires des employeurs au plan d'épargne entreprise en 2021-2023[177].

En conséquence, le taux de compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale a baissé de 43,5 % en 2018 à 35,6 % en 2023. Malgré la dynamique de l'assiette des salaires, les montants perçus sont restés assez stables et les pertes nettes ont beaucoup augmenté : la sécurité sociale ne récupère qu'à peine plus du tiers du manque à gagner qu'elle subit du fait des exemptions sur les compléments de salaire.

Graphique n° 16 : évolution du rendement des taxes compensatoires assises sur les compléments de salaire exemptés

Lecture : en 2022, les pertes brutes de recettes pour la sécurité sociale liées aux exemptions de cotisations sociales sont estimées à 24,8 Md€. Elles sont atténuées par des taxes compensatoires à hauteur de 8,9 Md€. Les pertes de recettes liées aux exemptions sont ainsi compensées à proportion de 36,1 %.
Source : PLFSS 2024, annexe 4 et jaune budgétaire PLF 2024

[176] LFSS pour 2019.
[177] LFI 2021, art. 207.

II - Un financement de la sécurité sociale fragilisé, une équité du prélèvement social mise à mal

Le recours croissant aux compléments de salaire exemptés et exonérés de cotisations sociales minore la progression des recettes de la sécurité sociale et contribue à son déficit en se substituant en partie à des augmentations de salaire de base soumises à cotisations sociales. Il fragilise l'équité du prélèvement social entre les entreprises et entre les salariés.

A - Des dispositifs dérogatoires qui pèsent sur l'évolution des recettes de la sécurité sociale

Dans la période récente, des compléments de salaire bénéficiant de régimes sociaux dérogatoires se sont substitués aux salaires, entraînant une moindre progression de recettes pour la sécurité sociale.

1 - Une substitution aux salaires devenue plus forte

La loi dispose que les compléments de salaires ne peuvent se substituer ni à des augmentations de rémunération ni à des primes déjà prévues[178].

De 2014 à 2017, les compléments de salaire, hors heures supplémentaires, et les salaires de base du secteur privé ont évolué au même rythme, sans effet visible de substitution. En revanche, de 2018 à 2023, la progression des versements de compléments de salaire exemptés est devenue plus rapide (7,8 % par an) que celle des salaires de base (4,1 % par an).

[178] Voir notamment les lois précitées du 16 août 2022 et du 29 novembre 2023.

Graphique n° 17 : évolution relative des versements de salaires de base et de compléments de salaire exemptés dans le secteur privé (base 100 en 2014)

Lecture : base 100 en 2014, la masse salariale du secteur privé atteint 135 en 2023 tandis que les compléments de salaire progressent à 163.
Sources : PLFSS pour 2024, annexe 4 (tableau 9, p. 34), Placss 2022, annexe 2 (tableau 7, p. 35) et Repss Financement (tableau 1, p. 95), DSN
Les progressions les plus dynamiques ont porté, d'une part, sur les attributions gratuites d'actions et sur les stock-options, dont la taxe compensatoire a été diminuée (+ 36,1 % par an), d'autre part sur le chèque emploi-service universel (+ 10,2 % par an), qui bénéficie du régime social le plus dérogatoire. La prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et de la prime de partage de la valeur sont les plus volatils (1,9 Md€ en 2021, 5,3 Md€ en 2022 et en 2023).

L'Insee estime entre 15 et 40 % la part de rémunération versée sous forme de prime exceptionnelle de pouvoir d'achat ou de prime de partage de la valeur qui s'est substituée à une augmentation de salaire[179]. Le Conseil d'analyse économique souligne aussi les effets de substitution aux salaires des dispositifs de partage volontaires de la valeur. Ils sont un moyen pour les entreprises d'arbitrer, pour la part de la valeur ajoutée qu'elles entendent réserver à leurs salariés, entre des augmentations de salaire pérennes et des distributions ponctuelles et réversibles selon l'évolution de la conjoncture.

[179] *Prime de partage de la valeur : des versements massifs fin 2022, avec de potentiels effets d'aubaine* (mars 2023) et *Prime exceptionnelle de pouvoir d'achat en 2019 : entre hausse des salaires et aubaine pour les entreprises*, Insee Références (2020).

L'augmentation des compléments de salaire au détriment des salaires de base contribue donc à l'érosion de la base contributive des cotisations sociales.

2 - Un principe de compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale non mis en œuvre

En application de la loi, dite Veil, n° 94-637 du 25 juillet 1994, les pertes de recettes de la sécurité sociale résultant de réductions de cotisations sociales sont compensées par l'État. La compensation ne s'est pas appliquée aux exemptions, pour la plupart antérieures à la loi.

Plus récemment, la compensation prévue par la loi du 16 août 2022 portant création de la prime de partage de la valeur est restée sans suite[180]. Le Gouvernement a considéré que, par construction, la prime n'aurait pas été versée si elle n'avait pas été créée par la loi et ne présentait donc pas de coût direct pour la sécurité sociale. L'hypothèse sous-jacente est celle d'une absence totale de substitution avec les hausses de salaire, éventuellement admissible pour un dispositif transitoire mais pas pour un dispositif pérenne. Le forfait social est d'ailleurs appliqué à la prime de partage de la valeur pour les entreprises de plus de 250 salariés, ce qui contredit l'argumentaire gouvernemental.

3 - Une augmentation de la perte de recettes équivalente à la hausse du déficit de la sécurité sociale entre 2018 et 2022

L'annexe°4 du PLFSS pour 2024 estime la perte de recettes de la sécurité sociale, en 2022, à 14,5 Md€ pour les exemptions d'assiette[181] et à 2,2 Md€ pour les exonérations liées aux heures supplémentaires. On doit ajouter à ces montants l'estimation des pertes liées à l'exemption de la prime de partage de la valeur (1,1 Md€) et aux remboursements des frais de transport domicile-travail (0,3 Md€), qui ne figurent pas dans l'annexe.

La perte de recettes totale peut être estimée à 18 Md€ en 2022, soit 8,1 Md€ de plus qu'en 2018. Une telle augmentation est du même ordre que celle du déficit de la sécurité sociale hors covid (+ 6,6 Md€), comme le montre le graphique ci-dessous.

[180] Article 1 IX résultant d'un amendement parlementaire.
[181] Cette estimation tient compte des exonérations générales de cotisations sociales qui seraient appliquées aux compléments de salaire s'ils étaient soumis au régime social de droit commun.

Graphique n° 18 : évolutions comparées de la perte de recettes liée aux compléments de salaire et du déficit de la sécurité sociale hors covid

Sources : PLFSS 2024 et extraction de la déclaration sociale nominative par l'Acoss pour la Cour des comptes

L'augmentation de la perte de recettes pour la sécurité sociale de 8,1 Md€, de 2018 à 2022, se décompose entre la part relevant de la progression des salaires de base, qui peut être estimée à 1,7 Md€, et celle découlant de l'extension des régimes dérogatoires des compléments de salaire, évaluée à 6,4 Md€[182]. Cette perte, comparable aux 6,6 Md€ d'augmentation du déficit de la sécurité sociale hors covid, retarde le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale et doit conduire à atténuer le caractère dérogatoire des régimes sociaux des compléments de salaire.

[182] Ces estimations sont toutefois des ordres de grandeur et demeurent soumises aux évolutions de comportement qui seraient observées si le droit commun des cotisations sociales était appliqué aux compléments de salaire.

B - Une distribution variable des compléments de salaires entre entreprises et salariés, favorisant cumuls et concentration

L'attribution par l'employeur de compléments de salaire n'est pas obligatoire, sauf exception. Leur montant varie fortement entre les entreprises selon leur taille et selon leur activité. Ces écarts rompent l'équité du prélèvement social.

1 - Des compléments de salaires liés au partage de la valeur en entreprise dont les montants varient beaucoup selon la taille de l'entreprise et les salaires perçus

Certains de ces dispositifs restent peu répandus, comme les attributions gratuites d'actions : 0,3 % des salariés en ont bénéficié.

La prime exceptionnelle de pouvoir d'achat puis la prime de partage de la valeur ont été, par ailleurs, largement distribuées depuis leur création puisque, pour ce seul dispositif, 30 % des salariés l'ont perçue en 2023.

Concernant les dispositifs historiques de partage de la valeur en entreprise de participation aux résultats, d'intéressement, d'abondements de l'employeur au plan d'épargne entreprise et au contrat de retraite supplémentaire, la part des salariés bénéficiaires a progressé de trois points de 2017 à 2021, pour atteindre 46 %. Les salariés des entreprises de moins de 10 salariés sont les principaux bénéficiaires de cette progression mais leur part demeure faible, puisque 14 % bénéficient d'un de ces dispositifs, contre 53 % des salariés des entreprises de 10 salariés et plus.

Graphique n° 19 : part des salariés du secteur privé bénéficiant du partage de la valeur en entreprise[183]

Lecture : base 100 en 2017, les versements de compléments de salaire de partage de la valeur progressent à 126 en 2021, alors que la part des salarié bénéficiaires au sein du secteur privé évolue de 43 % à 46 %.
Source : Dares, Résultats n° 64 (2023), n° 19 (2022), n° 46 (2021), n° 44 (2020), n° 36 (2019)

La proportion de salariés bénéficiaires varie fortement selon le niveau de leur salaire de base, sauf pour la prime de partage de la valeur. Les 45 % de salariés qui perçoivent entre 1 et 1,4 fois le Smic comptent ainsi pour 42 % des bénéficiaires de la prime de partage de la valeur, mais seulement pour 32 % de la participation, 27 % de l'intéressement et 16 % des plans d'épargne entreprise. À l'opposé, les 11 % de salariés qui perçoivent plus de trois fois le Smic comptent pour 8 % des bénéficiaires de la prime de partage de la valeur, mais pour 18 % de la participation, 18 % de l'intéressement et 27 % des plans d'épargne entreprise.

[183] Participation aux résultats, intéressement, abondements de l'employeur du plan d'épargne entreprise et du plan d'épargne retraite collectif.

Graphique n° 20 : répartition des salariés bénéficiaires des différents dispositifs de participation par niveau de salaire, en 2022

Lecture : en 2022, les salariés percevant entre 1,1 et 1,4 Smic brut représentent 45 % de l'effectif total des salariés et 41,8 % des bénéficiaires de la prime de partage de la valeur.
Source : déclaration sociale nominative (DSN)

2 - Des versements inégaux selon les entreprises au titre des dispositifs de partage de la valeur en entreprise

L'assez faible proportion de salariés du secteur privé bénéficiant de la participation aux résultats de l'entreprise et de l'intéressement s'explique

par le nombre limité d'entreprises qui les distribuent : 10,5 % des entreprises de 10 salariés et plus ont distribué de l'intéressement entre 2017 et 2021 et 8,2 % de la participation[184]. Par comparaison, malgré son caractère récent, la prime de partage de la valeur a été plus distribuée, par 31,5 % des entreprises de 10 salariés et plus[185].

Les versements varient fortement selon la taille des entreprises : celles de plus de 2 000 salariés versent 42,7 % de l'intéressement et 32,2 % de la participation en 2021, alors qu'elles pèsent 21,4 % de la masse salariale du secteur privé comme le montre le graphique ci-dessous. À l'opposé, les entreprises de 0 à 9 salariés, qui représentent 15 % de la masse salariale, ne versent que 2,6 % de l'intéressement et 0,8 % de la participation. Seule la prime de partage de la valeur est utilisée par toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, dans des proportions plus proches de leur part de masse salariale. Elle est particulièrement utilisée par les entreprises de 0 à 9 salariés, sans doute en raison de la simplicité de sa mise en œuvre.

Graphique n° 21 : part de la masse salariale et des versements de participation financière selon la taille des entreprises, en 2022

Lecture : en 2022, les entreprises de 0 à 9 salariés représentent 15 % du total de la masse salariale du secteur privé, mais seulement 0,8 % de la participation aux résultats de l'entreprise, 2,6 % de l'intéressement et 23,6 % de la prime de partage de la valeur.
Source : déclaration sociale nominative (DSN)

[184] Dares, enquêtes du dispositif d'observation de l'activité et des conditions d'emploi de la main-d'œuvre (Acemo), l'enquête sur la participation, l'intéressement et l'épargne d'entreprise (Pipa) et l'enquête sur les très petites entreprises.
[185] Données issues de la déclaration sociale nominative (DSN), Acoss, étude 2023.

3 - Une augmentation importante des heures supplémentaires, hétérogène selon les secteurs économiques et les catégories professionnelles

Après l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires en 2019, leur volume a fortement progressé (+ 18,8 % de 2018 à 2022), ainsi que le nombre de salariés concernés (+ 17,3 %). Cette tendance a cependant été hétérogène selon les secteurs économiques, le nombre d'heures supplémentaires baissant de 18 % dans la fabrication des matériels de transport et augmentant de 50 % dans les activités financières et d'assurance.

Graphique n° 22 : évolution du nombre d'heures supplémentaires de quelques secteurs économiques de 2018 à 2022

Lecture : le secteur de la fabrication des matériels de transport totalise 12 460 768 heures supplémentaires en 2022, soit une baisse de 18 % par rapport à 20182, alors que le secteur des activités financières totalise 18 763 983 heures supplémentaires en 2022, en hausse de 50 % par rapport à 2018.
Source : Dares

Contrairement à l'effet attendu dans l'étude d'impact du projet de loi, la progression du nombre d'heures supplémentaires a bénéficié d'abord aux cadres et aux professions intellectuelles supérieures (+ 14 % sur la période 2019-2022), aux professions intermédiaires (+ 11 %) et, dans une moindre mesure, aux ouvriers (+ 7 %), population initialement ciblée.

III - Des dispositifs sociaux dérogatoires à mieux piloter et à réformer

Compte tenu de l'ampleur prise par les compléments de salaire, et dans le cadre du renforcement de l'évaluation de l'ensemble des niches sociales[186], un renforcement du pilotage apparaît nécessaire afin de préserver un équilibre entre les objectifs d'amélioration du pouvoir d'achat, de soutenabilité financière de la sécurité sociale et d'équité du prélèvement social. Des réformes s'imposent pour limiter les pertes de recettes de la sécurité sociale et renforcer l'équité de l'effort contributif.

A - Un pilotage des régimes sociaux dérogatoires des compléments de salaire à mieux structurer

Même si un rôle de synthèse budgétaire est déjà assuré par la direction de la sécurité sociale, les diverses catégories de compléments de salaire sont suivies de manière cloisonnée par différentes administrations. Un suivi interministériel serait nécessaire. Sa mise en œuvre implique de fiabiliser les données pour un pilotage global des régimes sociaux dérogatoires des compléments de salaire, distinct des salaires de base.

1 - Une information à fiabiliser et des recoupements à clarifier avec les données issues de la déclaration sociale nominative (DSN)

Les exemptions et exonérations de cotisations sociales sur les compléments de salaire sont décrites avec celles sur les salaires de base dans une annexe du PLFSS. Une annexe au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale présente par ailleurs des évaluations de ces dispositifs, en application de la loi organique du 14 mars 2022[187].

Les assiettes exemptées sont calculées à partir de données hétérogènes, recueillies au moyen d'enquêtes par échantillonnage ou auprès des organismes intermédiaires. Ces données sont susceptibles d'être rectifiées, parfois pour des montants importants. Au titre de 2021, elles ont

[186] La loi organique n° 2020-354 du 14 mars 2022 a prévu que toutes les niches sociales fassent l'objet d'une évaluation, une fois tous les trois ans.
[187] PLFSS, annexe 4, *Présentation des mesures de réduction et d'exonération de cotisations et contributions ainsi que leur compensation*, Placss, annexe 2, *Présentation et évaluation des mesures d'exonération de cotisations.*

ainsi été chiffrées à 53,8 Md€ au printemps 2023 puis révisées à 58,2 Md€ à l'automne de la même année[188]. L'écart porte sur les contributions de l'employeur à la protection sociale complémentaire.

En outre, des écarts importants apparaissent entre les montants inscrits en PLFSS et ceux déclarés par l'employeur dans la déclaration sociale nominative (DSN). C'est le cas en particulier pour les contrats collectifs de protection sociale complémentaire (santé, prévoyance, retraite supplémentaire) qui ressortent à 24,4 Md€ au titre de 2022 dans le PLFSS pour 2024 et à 13,6 Md€ dans les DSN, ainsi que pour les titres-restaurant, respectivement à 4,9 Md€ et à 3,6 Md€.

Enfin, des discordances apparaissent entre les différents documents budgétaires pour 2024 concernant les rendements des taxes compensatoires : le forfait social au titre de 2022 est chiffré tantôt à 5,88 Md€, tantôt à 6,19 Md€[189].

Un recours accru à la DSN, après fiabilisation de ses conditions de renseignement par les entreprises et dans la limite des actuelles obligations déclaratives des employeurs, présenterait l'avantage de mettre fin aux enquêtes par échantillonnage et de permettre un calcul plus rapide des montants de compléments de salaire.

2 - Un suivi spécifique à organiser pour mieux rendre compte de l'extension des régimes sociaux dérogatoires

L'annexe 4 du PLFSS, qui décrit les compléments de salaire exemptés, ne mentionne ni la contribution de l'employeur aux frais de transport domicile-travail (1,3 Md€ en 2022) ni la prime de partage de la valeur (5,3 Md€ en 2022), montants pourtant accessibles dans la DSN.

En conséquence, l'indicateur du PLFSS qui rapporte l'ensemble des réductions de cotisations sociales sur les salaires de base et sur les compléments de salaire aux recettes de la sécurité sociale est erroné. Plafonné à 14 % en loi de programmation des finances publiques 2018-2022 et 2023-2027, il est estimé à 13,8 % en 2023 dans le PLFSS pour 2024. Il dépasse en réalité le plafond des 14 % après prise en compte de la prime de partage de la valeur et les frais de transport domicile-travail.

[188] Placss 2022 annexe 1 (p. 95) et PLFSS 2024, annexe 4 (tableau 9).
[189] PLF 2024, *Voies et moyens* et *Bilan des relations financières entre l'État et la protection sociale*. L'estimation pour 2024 diffère plus encore, entre 7 Md€ et 6,2 Md€.

Un deuxième indicateur, présenté dans l'annexe 4 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, rend compte de la part des compléments de salaire exemptés dans les salaires de base. Il a vocation à permettre de « *limiter les exemptions de cotisations sociales* » pour préserver l'« *équité du prélèvement social* ». Le ratio était de 9,1 % en 2021[190]. En ajoutant, comme il se doit, la prime de partage de la valeur et les remboursements de frais de transport domicile-travail, il atteignait 10 % et est monté à 10,9 % en 2023[191].

Dans son annexe 4, le PLFSS présente séparément les exonérations et les exemptions sans distinguer si elles se rapportent aux salaires de base ou aux compléments de salaire. Une catégorisation entre mesures dérogatoires sur les salaires de base et sur les compléments de salaire prendrait mieux en compte les dynamiques propres à ces deux composantes de la rémunération. Cela permettrait de préciser dans quelle mesure les différents dispositifs atteignent leurs objectifs d'amélioration du pouvoir d'achat, d'accroissement de la productivité des salariés ou d'amélioration des conditions de travail, et de décrire leurs incidences sur les finances sociales et sur l'équité du prélèvement social.

3 - Des contrôles Urssaf à conforter

Les Urssaf exercent deux types de contrôle sur les compléments de salaire exemptés.

Le contrôle habituel a conduit à 23,6 M€ de régularisation en 2022, soit 0,3 % seulement des compléments de salaire exemptés. Malgré la complexité des régimes sociaux dérogatoires pour les compléments de salaire, et compte tenu de l'effet de plusieurs dispositifs réglementaires atténuant la capacité des agents de contrôle à régulariser certaines anomalies constatées, ce taux résiduel est à peine supérieur à celui des régularisations de cotisations sociales de droit commun sur les salaires de base qui est de l'ordre de 0,1 %.

Depuis 2021, les Urssaf sont désormais aussi chargées de l'examen préalable au fond des accords d'épargne salariale, soit un total de 24 814 accords contrôlés en 2022. Il apparait d'ores et déjà qu'une part importante, de l'ordre d'un quart, a fait l'objet d'une demande de mise en conformité[192].

---

[190] Placss 2022, annexe 1 *Financement*, p. 100, tableau 1.
[191] Le régime indemnitaire exempté de la fonction publique d'État suit une évolution similaire, plus atténuée, de 25,4 % en 2014 à 26,2 % en 2021 (DGAFP, Rapport 2022).
[192] Selon l'Acoss, sur les 10 765 accords examinés de juillet à décembre 2022, période depuis laquelle les résultats des examens sont désormais consolidés, le taux de non-conformité s'est élevé à 26,5 %.

B - Une nécessaire mise en cohérence pour limiter les pertes de recettes de la sécurité sociale

Trois mesures permettraient de redonner des marges de manœuvre financières à la sécurité sociale, tout en renforçant la cohérence et l'équité du prélèvement social. L'exonération de cotisations salariales pour les heures supplémentaires crée une impasse financière dans les droits contributifs à retraite qui doit être corrigée. Les mesures d'exemption d'assiette, qui se sont additionnées au fil du temps, créent des effets de cumul à neutraliser. La fiscalité compensatoire pourrait gagner en cohérence en étant simplifiée.

1 - Des droits contributifs à retraite à financer

La mesure d'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires a permis un gain de pouvoir d'achat des salariés mais est coûteuse à plusieurs égards. La perte de recettes a atteint 2,2 Md€ en 2022 pour la sécurité sociale, dont 345 M€ pour les heures supplémentaires nouvelles depuis le vote de la loi. En outre, les heures supplémentaires exonérées de cotisations salariales entrent dans le calcul des droits à pension et pèseront à terme sur l'équilibre financier de la branche retraite.

Du fait de sa non compensation par l'État, à la différence des déductions de cotisations patronales[193], l'exonération de cotisations salariales s'est traduite par une perte nette de recettes pour la branche vieillesse. Elle avait été jugée financièrement soutenable en 2019 dans un contexte de retour à l'équilibre de la sécurité sociale, ce qui ne correspond plus aux projections actuelles.

Cette création de droits à la retraite sans cotisations doit être corrigée pour éviter de creuser le déséquilibre de la branche vieillesse : l'exonération devrait être transformée en exemption afin que les heures supplémentaires ne soient plus créatrices de droits ou le financement de l'exonération actuelle devrait être assuré par une compensation apportée par l'État, comme dans le précédent dispositif de 2007. Cette compensation pourrait prendre la forme de crédits budgétaires, comme pour la déduction des cotisations patronales et afin d'assurer la bonne information du Parlement.

[193] Les déductions forfaitaires patronales sur les heures supplémentaires, qui dépendent de la taille des entreprises, ont représenté une charge budgétaire de 709 M€ en 2022.

2 - Des cumuls de dispositifs de partage de la valeur à mieux encadrer

Il n'existe pas de plafond global des compléments de salaire, chaque dispositif ayant ses propres règles. Les plafonds annuels d'exemption des dispositifs de participation et d'intéressement atteignent, chacun, 75 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 34 776 € au 1er janvier 2024[194]. Ces plafonds sont rarement atteints, 98 % des versements de participation et d'intéressement étant inférieurs à 10 000 €. La prime de partage de la valeur est, quant à elle, plafonnée dans son montant, à 3 000 € par an, 6 000 € en cas d'accord collectif sur un complément de salaire lié aux résultats dans l'entreprise.

Le recours aux dispositifs de partage de la valeur, variable, a représenté un complément de salaire de 4,1 % en moyenne au sein du secteur privé en 2022. Selon les secteurs économiques, ce taux moyen varie cependant fortement, de 0,7 % dans le secteur de l'action sociale et de l'hébergement médico-social à plus de 10 % dans l'industrie chimique et pharmaceutique ou les activités financières et d'assurance. Il atteint même 16,2 % pour la cokéfaction et le raffinage. Le secteur du commerce, dont la masse salariale est la plus élevée, verse des compléments de salaire dans une proportion proche de la moyenne (4,3 %).

Une telle hétérogénéité entre les secteurs économiques tient probablement en partie à la taille respective de leurs entreprises et recoupe le constat précédent d'un plus fort recours aux compléments de salaire des grandes entreprises.

[194] Ce même plafond est appliqué pour la nouvelle prime de partage de la valorisation de l'entreprise, créée par la loi du 28 novembre 2023.

Graphique n° 23 : poids des compléments de salaire dans la rémunération par secteurs économiques en 2022

Lecture : en 2022, dans le secteur de la coséfaction et du raffinage, les compléments de salaire relevant du partage de la valeur (participation aux résultats, intéressement, PEE, Perco, prime de partage de la valeur) représentent 16 % de la masse salariale, contre 1 % dans le secteur de l'hébergement et de la restauration.
Source : déclaration sociale nominative (DSN)

Ces cumuls ressortent davantage encore par salarié. Pour les deux dispositifs de participation aux résultats de l'entreprise et d'intéressement, sur un total de 19,5 Md€ versés à 8 millions de salariés, en 2022, les 38 % de salariés qui ont bénéficié du cumul des deux dispositifs ont perçu 60,6 % des versements. Ils ont bénéficié de 3 899 € en moyenne, contre 1 534 € pour les bénéficiaires d'un seul des deux dispositifs.

Graphique n° 24 : proportion des salariés bénéficiaires de la participation aux résultats, de l'intéressement et des deux dispositifs cumulés, en 2022

Lecture : en 2022, parmi les salariés bénéficiaires de la participation aux résultats et de l'intéressement, 38 % cumulent des versements de ces deux types de dispositifs pour un total de 61 % des versements.
Source : déclaration sociale nominative (DSN)

En outre, 44 % des versements de la prime de partage de la valeur en 2022, soit 2,3 Md€, ont été cumulés avec de l'intéressement et de la participation. Cette prime visait à étendre les compléments de salaire à de nouvelles catégories de salariés. Elle s'est en réalité largement ajoutée aux dispositifs précédents. Il en sera probablement de même pour la nouvelle prime de partage de la valorisation de l'entreprise.

Pour réduire les cumuls, l'exemption de cotisations sociales pourrait être limitée à un seul dispositif de partage de la valeur en entreprise. Alternativement, tous les plafonds d'exemption de cotisations sociales de ces dispositifs pourraient être réduits aux montants retenus pour la prime de partage de la valeur, soit 6 000 € de versement[195].

3 - Des incohérences des taxes compensatoires à corriger

Les taxes censées compenser le manque à gagner pour la sécurité sociale lié aux exemptions de cotisations ont des taux divers et la CSG-

[195] Une autre option, plus équitable, serait d'instituer un plafond unique d'exemption à tous les compléments de salaire. Elle serait complexe à gérer compte tenu de la diversité des dispositifs existants et des différences dans leurs calendriers de versement.

CRDS ne s'applique pas à tous les compléments de salaire. De ce fait, le poids des taxes compensatoires varie selon les compléments de salaire.

Graphique n° 25 : synthèse des taux de taxes sur les versements des compléments de salaire applicables au 1er janvier 2024

Lecture : en 2024, les taxes assises sur les compléments de salaire relevant de la protection sociale complémentaire en entreprise s'élèvent à 31 % de leur montant.
Source : Cour des comptes à partir du PLFSS 224 et du Placss 2022[196]

[196] (1) La contribution sur les *stock-options* est assise sur la valeur des actions à date d'acquisition par le bénéficiaire et due lorsque cette acquisition est effective. (2) La contribution sur les attributions gratuites d'actions s'applique, soit à une assiette égale à la juste valeur des options telle qu'estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales, soit à 25 % de la valeur des actions, à la date de la décision d'attribution.

Une convergence progressive des différents taux du forfait social applicables aux dispositifs de partage de la valeur en entreprise, actuellement de 0 %, 10 %, 16 % et 20 %, selon les dispositifs et les tailles d'entreprises, vers le taux de référence de 20 %, rétablirait une cohérence. Les éventuelles modulations de ce taux devraient être temporaires, par exemple pour les entreprises mettant en œuvre un dispositif pour la première fois. Le rendement de cette mesure peut être estimé en première analyse à 1 Md€, à comportements constants[197].

Parmi l'ensemble des dispositifs exemptés, les *stock-options* et les attributions gratuites d'actions ont connu la progression la plus forte (+ 36,1 % / an sur 2018-2023[198]), compte tenu de leur régime dérogatoire favorable[199]. Une harmonisation des taux et des assiettes avec les autres dispositifs de partage de la valeur exemptés serait de nature à assurer l'équité du prélèvement social. Au minimum, la contribution de l'employeur, dont le taux a historiquement fluctué entre 20 % et 30 %, devrait être rétablie à 30 %. Cette mesure peut être chiffrée à près de 400 M€ de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale.

Ces chiffrages sont des ordres de grandeur. Par construction, ils n'intègrent pas les modifications de comportement des entreprises et des salariés qu'induirait une hausse des taxes compensatoires.

[197] Sans changement des taux du forfait social pour les contributions de l'employeur à la protection sociale complémentaire de 0 % ou 8 % selon la taille d'entreprise.
[198] La hausse est de 19,8 % par an de 2017 à 2023.
[199] Les gains d'acquisition d'attribution gratuites d'action ne sont soumis à la contribution salariale de 10 % qu'au-delà d'un plafond de 300 000 € par an.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'ampleur prise par les régimes sociaux dérogatoires pour les compléments de salaire en modifie leur portée. Ils portent désormais atteinte aux équilibres financiers de la sécurité sociale et à l'équité du prélèvement social entre les entreprises et entre les salariés. Dans un contexte de déficits croissants d'ici à 2027 et de cumul du recours aux différents dispositifs à l'avantage d'un nombre restreint d'entreprises et de salariés, un rapprochement du droit commun s'impose.

Les pistes identifiées sont, d'une part, de faire compenser par l'État l'exonération des cotisations salariales des heures supplémentaires (2,2 Md€), d'autre part, de faire converger les taux du forfait social vers le taux de référence de 20 % (1 Md€), d'appliquer le forfait social à la prime de partage de la valeur y compris pour les entreprises de moins de 250 salariés (1 Md€) et de relever le taux de la contribution de l'employeur sur les attributions gratuites d'actions de 20 % à 30 %, comme auparavant (0,4 Md€), soit une augmentation totale du prélèvement sur les entreprises de 2,4 Md€. Cette dernière estimation ne prend pas en compte les possibles changements de comportement d'entreprises après remise en cause des avantages dont elles bénéficiaient.

En sus de ces mesures, un alignement des plafonds d'exemption de cotisations sociales des dispositifs de participation financière sur ceux de la prime de partage de la valeur, non-chiffrable, serait de nature à atténuer les cumuls et à préserver l'équité du prélèvement social.

Dans une double perspective d'équité des efforts contributifs entre salariés et de réduction des déficits de la sécurité sociale, la Cour formule donc les recommandations suivantes de politique publique (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) :

10. *mettre en place un pilotage interministériel des exemptions et exonérations de cotisations sociales qui tienne compte de leur soutenabilité financière, des enjeux économiques associés, et de l'équité du prélèvement social ; évaluer les effets de substitution entre salaire et compléments de salaire induits par les taux de prélèvements non homogènes ;*
11. *mettre en œuvre le principe fixé par la loi du 16 août 2022 de compensation de la perte de recettes résultant de la prime de partage de la valeur, au minimum par l'application du forfait social au taux de 20 % aux entreprises de moins de 250 salariés ;*

12. *compenser par crédits budgétaires le manque à gagner pour la sécurité sociale de l'exonération des cotisations salariales des heures supplémentaires ;*
13. *rétablir à 30 % le taux de contribution de l'employeur sur les attributions gratuites d'action et faire progressivement converger les taux du forfait social des compléments de salaire liés aux résultats de l'entreprise vers le taux de droit commun de 20 % ;*
14. *afin de limiter les effets de cumul des exemptions de cotisations sociales et de substitution sur le long terme aux salaires de base, abaisser les plafonds d'exemption des compléments de salaire de partage de la valeur en entreprise en les alignant sur ceux de la prime de partage de la valeur.*

Chapitre V

L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier

PRÉSENTATION

L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie a été couverte de manière mutualisée en France dès la loi du 5 avril 1928, avant la création de la sécurité sociale[200]. Ses paramètres originels, reconduits pour l'essentiel en 1945[201], n'ont jamais été révisés malgré les progrès thérapeutiques, l'extension du champ d'affiliation à l'assurance maladie, la diversification des types de contrats de travail et des situations d'activité.

Pendant la crise sanitaire, la charge financière des indemnités versées a fortement augmenté en raison des mesures dérogatoires décidées pour faire face à la pandémie. Les dépenses sont restées très élevées en sortie de crise dans un contexte d'inflation, de vieillissement de la population salariée et de perception d'une dégradation de son état de santé, reflétée par les baromètres sur l'absentéisme.

La caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) s'est engagée dans un renforcement des actions de lutte contre la fraude et de régulation médicalisée grâce, notamment, à des progrès réalisés dans les systèmes informatiques et à des réformes de l'organisation et des objectifs de son service médical. Ces actions indispensables ne pourront toutefois, à elles seules, assurer la soutenabilité de la dépense. La gestion administrative doit être simplifiée pour réduire son coût et améliorer les délais de liquidation des assurés. Par ailleurs, le niveau de l'indemnisation à la charge de l'assurance maladie pourrait être réduit à la lumière des obligations de maintien du salaire assumées par les entreprises du fait de la loi et de la négociation collective.

La croissance des dépenses d'indemnités journalières maladie a des causes systémiques dont les effets ont été amplifiés par la pandémie (I). La complexité de la réglementation conduit à d'importants coûts de gestion et à des difficultés pour les assurés ; elle appelle une simplification (II). La lutte contre la fraude et l'accentuation de la maîtrise médicalisée des arrêts de travail devront être complétées par une évolution des paramètres d'indemnisation prenant en compte la protection prise en charge par les entreprises (III).

---

[200] Le risque d'arrêt de travail pour maladie se distingue du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle, dont la protection est encore plus ancienne.

[201] L'assuré malade a droit, sur attestation médicale, à une indemnité par jour ouvrable d'un demi-salaire, jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure. Depuis 1945, la durée de carence est de trois jours et la durée maximale d'indemnisation de trois ans.

Chiffres-clés

Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général sont passées de 7,7 Md€ à 12 Md€ entre 2017 et 2022 (+ 56 %)[202]. Par comparaison, les indemnités journalières pour maternité ou paternité ont représenté 3,8 Md€ en 2022 et les indemnités journalières pour accident du travail ou maladie professionnelle 4,4 Md€.

La même année, 8,9 millions d'arrêts de travail pour maladie indemnisés ont été dénombrés. Les indemnisations d'une durée supérieure à six mois ont représenté 6 % des arrêts maladie mais 45 % de la dépense.

Le motif des arrêts de travail n'est connu que pour 50 % d'entre eux.

I - Des dépenses dynamiques à la croissance amplifiée par la pandémie

La dépense d'indemnités journalières maladie a atteint un niveau inédit en 2022. Les causes de cette augmentation se répartissent entre des facteurs systémiques et les effets de la pandémie de covid 19, qui a donné lieu à des mesures dérogatoires.

A - Une dépense d'un niveau inédit en 2022

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, le montant d'indemnités journalières versées aux travailleurs salariés et indépendants en arrêt maladie a atteint 12 Md€ en 2022 (+ 4,3 Md€ par rapport à 2017). La dépense a progressé de 9 % par an en moyenne entre 2017 et 2022, contre 3 % par an entre 2010 et 2017.

Dans la période 2017-2022, la hausse a été d'abord de 5,1 % par an de 2017 à 2019. La pandémie a conduit à une augmentation inédite de la dépense en 2020 (+ 30 %), puis à un reflux en 2021 (- 9 %). Une vive progression a été à nouveau constatée en 2022 (+ 19 %). Sur les trois ans, l'augmentation annuelle moyenne a atteint 12,2 %.

[202] Les indemnités journalières versées par l'assurance maladie se distinguent des indemnités journalières pour accidents du travail et des indemnités journalières maternité.

Graphique n° 26 : évolution annuelle des montants indemnisés entre 2017 et 2022 par le régime général (en M€)

Champ : travailleurs salariés et travailleurs indépendants affiliés au régime général, dépenses y compris arrêts dérogatoires covid 19
Source : Cour des comptes, d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Pour analyser cette évolution, les dépenses exceptionnelles découlant de l'épidémie de covid 19 doivent être distinguées des dépenses relevant de facteurs plus permanents. Il convient, au surplus, de rappeler que la frontière dans la prise en charge des dépenses entre la branche maladie et la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) fait l'objet de débats récurrents.

Une incertitude sur l'imputation du coût des indemnités journalières

La méconnaissance d'une exposition des salariés peut conduire à ne pas déclarer une pathologie comme maladie professionnelle. L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit en conséquence qu'un prélèvement est opéré chaque année sur la branche des accidents du travail et maladies professionnelles au profit de la branche maladie pour tenir compte des dépenses indûment supportées par cette dernière.

Ce versement, de 1 Md€ par an de 2017 à 2021, a été réévalué à 1,1 Md€ en 2022 puis à 1,2 Md€ en 2023[203]. Contrairement aux indemnités journalières maladie, la reconnaissance de maladies professionnelles a diminué en 2022 (- 6,4 %).

B - Des facteurs permanents qui participent à l'augmentation des dépenses

Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail sont sensibles à l'évolution des salaires, ainsi qu'aux caractéristiques de la population active affiliée au régime général.

1 - Un rôle important de l'évolution des salaires

Le montant de l'indemnité versée par le régime général est calculé sur la base de 50 % du salaire brut moyen de l'assuré, dans la limite d'un plafond égal à 1,8 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic). Les deux facteurs principaux qui expliquent l'évolution de la dépense d'indemnités journalières maladie sont donc le Smic et le salaire moyen par tête.

Les règles de revalorisation du Smic

Le Smic est augmenté automatiquement chaque année au 1er janvier en fonction de l'inflation constatée et de la progression des salaires des ouvriers et des employés. Il peut être revalorisé en cours d'année si le taux d'inflation dépasse un certain seuil. Le Gouvernement peut décider à tout moment d'une revalorisation supérieure à cette indexation automatique.

Le Smic a augmenté de 2,8 % de 2017 à 2019 et de 13,6 % de 2020 à 2023, dans un contexte de tensions inflationnistes croissantes.

Les revalorisations du Smic contribuent à augmenter le niveau moyen de l'indemnisation de trois manières : un effet-base sur la rémunération des 17 % de salariés payés à ce niveau en 2023, une revalorisation des salaires immédiatement supérieurs, et un effet de relèvement du plafond de l'indemnité journalière. Les deux premiers effets sont prédominants puisque 92 % des indemnités versées sont inférieures au plafond.

[203] La commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des maladies professionnelles a estimé en 2021 que le montant était compris entre 1,2 Md€ et 2,1 Md€.

La progression du salaire moyen par tête est, quant à elle, fonction de la dynamique des salaires mais aussi de la structure par âge de la population active, le salaire augmentant avec l'âge[204]. Or, le report progressif de l'âge de la retraite de 60 à 62 ans depuis 2011 et l'augmentation de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein contribuent à conserver les salariés âgés sur le marché du travail. Selon le rapport annuel 2023 du Conseil d'orientation des retraites, le taux d'activité des 50-64 ans a progressé de 11 points entre 2010 et 2021. L'augmentation de la population active sur la période récente découle en grande partie du maintien dans l'emploi des plus de 55 ans.

La progression du salaire moyen par tête, modérée de 2017 à 2019 (+ 5,5 % au total), est devenue plus rapide entre 2020 et 2022 (+ 6,7 %). En conséquence, l'indemnité journalière moyenne a été calculée sur des salaires moyens plus élevés de 12,2 % en 2022 qu'en 2017, l'inflation cumulée ayant atteint 11,7 % sur la période. Ces éléments se répercutent sur le montant moyen d'indemnité versé par journée indemnisée, qui a crû de 7,5 % entre 2017 et 2022 pour atteindre 34,10 € en 2022.

L'augmentation des dépenses a été moins rapide que celle des salaires car près de la moitié résulte d'indemnités versées au titre d'arrêts d'une durée supérieure à six mois, qui ne bénéficient pas de revalorisation durant le laps de temps où elles sont versées. Les hausses de salaires et les fortes augmentations du Smic appliquées en 2022 et en 2023 continueront à avoir des effets en 2024 et au-delà. Le montant moyen de l'indemnité liquidée a déjà augmenté de 6,5 % sur le premier semestre 2023.

2 - Des effets démographiques et de changement de périmètre d'affiliation

Le volume de prescriptions d'arrêt de travail dépend de l'état de santé de la population active, du nombre d'affiliés au régime général et de leur structure d'âge.

Davantage de personnes en activité conduit à un nombre plus élevé d'arrêts de travail. Or, depuis 2017, la population active a augmenté de 2,5 %.

En outre, le périmètre du régime général s'est étendu avec l'intégration en 2020 du régime social des indépendants et donc la prise en charge de l'indemnisation des arrêts de travail des travailleurs indépendants, auxquels se sont ajoutés, depuis le 1er juillet 2021, les

[204] D'après l'Insee (*Portrait social 2023*), la rémunération annuelle moyenne des salariés âgés de 55 ans ou plus est de 32 % supérieure à celle des salariés âgés de 25 à 39 ans.

professionnels libéraux affiliés à la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales. En 2022, environ 230 000 travailleurs non-salariés ont perçu une indemnité journalière maladie, pour un montant total de dépenses d'indemnisation de 369 M€[205].

Enfin, les actifs âgés ont tendance à être affectés de pathologies plus nombreuses et plus incapacitantes que les actifs plus jeunes, ce qui est à l'origine d'un nombre d'arrêts de travail plus élevé et d'une durée moyenne supérieure. Les plus de 55 ans représentaient 18,3 % de la population active en 2022 mais 27 % des journées indemnisées par l'assurance maladie au titre des indemnités journalières maladie. La durée moyenne des arrêts de travail indemnisés des 55-59 ans s'établissait à 53 jours en 2022, contre 29 jours pour les 35-39 ans.

C - Des dépenses imputables à l'épidémie de covid 19 difficiles à isoler

En mars 2020, devant la propagation du virus sur le territoire, la loi a prévu la possibilité de déroger aux règles d'attribution des indemnités journalières maladie[206] afin de faciliter la prise en charge des personnes malades ou vulnérables et de leurs proches. Ce dispositif est monté en charge après la fin du premier confinement, le 11 mai 2020.

Les mesures dérogatoires ont été étendues à plusieurs reprises pour inclure les personnes présentant les symptômes de l'infection ou faisant l'objet d'une mesure d'isolement[207] et ont été appliquées jusqu'au 31 janvier 2023. Elles comprenaient la suspension de la vérification des conditions d'ouverture des droits, un allègement des contrôles des services médicaux des caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) et la suspension du décompte du délai maximal d'indemnisation de trois ans pour tous les arrêts, quelle que soit leur cause. Un téléservice permettant d'effectuer une déclaration en ligne et de bénéficier d'une indemnisation dès le premier jour d'isolement a été ouvert en janvier 2021.

La caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a identifié les arrêts pour motif covid afin de mesurer les dépenses afférentes. Elle y a rattaché une part des arrêts de travail non-identifiés pour motif covid dans le système national des données de santé, notamment ceux dont le motif n'avait pas été inscrit par le médecin prescripteur.

[205] Données Cnam, hors indemnités dérogatoires covid.
[206] Ordonnances n° 2020-306 du 25 mars 2020 et n° 2020-427 du 15 avril 2020.
[207] Décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021.

Tableau n° 24 : dépenses d'indemnités journalières maladie (IJM) pour motifs covid 19 et hors covid 19 dans le régime général[208] (en Md€)

	2020	2021	2022	Total
IJM dérogatoires covid 19	1,3	0,6	1,4	**3,3**
IJM rattachées covid 19	0,8	0,2	0,3	**1,3**
Sous-total IJM covid 19	***2,1***	***0,85***	***1,7***	***4,6***
IJM hors covid 19	8,9	9,2	10,3	
Total	**11,1**	**10,1**	**12,0**	

Source : Cour des comptes, d'après données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Le coût des indemnités covid 19 dérogatoires ou rattachées a été évalué dans les comptes du régime général à 4,6 Md€ de 2020 à 2022. Hors covid, la dépense d'indemnités journalières maladie a augmenté de 7 % par an sur la période 2020-2022, en accélération par rapport à 2017-2019 (+ 5 % par an) et à 2010-2017 (+ 3,2 % par an).

Cette dépense ne recouvre cependant pas tous les coûts induits. Les mesures d'allégement des contrôles sur les indemnisations de plus de six mois et la levée de la limite du délai d'indemnisation ont entraîné une augmentation du nombre de personnes indemnisées sur longue période. La crise sanitaire a aussi réduit le nombre de personnes qui ont repris un travail ou, au contraire, ont été admises en invalidité du fait de l'allongement des délais de prise en charge[209] et des consignes données au service médical de ne pas mettre fin aux indemnisations en cours. Le nombre d'arrêts de travail de plus de deux ans a fortement augmenté jusqu'en mai 2021 et n'a que peu diminué par la suite. Fin 2022, il restait 28 % supérieur à 2019.

Ces effets ont joué un rôle important dans le dynamisme des dépenses puisque les arrêts supérieurs à six mois, qui ne représentent que 6 % du nombre d'arrêts indemnisés, induisent près de la moitié de la dépense d'indemnités hors covid. Le coût, par rapport à 2019, du surplus de journées indemnisées pour des arrêts de plus de six mois est évalué par la Cour entre

[208] Pour les sept premiers mois de l'année 2023, les dépenses d'indemnités journalières imputables à la covid 19 ont été estimées à 120 M€. Cnam, *Focus sur les dépenses d'IJ*, septembre 2023.

[209] Accès à l'imagerie, aux consultations de spécialistes, déprogrammation d'interventions non-urgentes, etc.

405 M€ et 886 M€ pour la seule année 2022[210] et s'ajoute à la dépense de 1,7 Md€ estimée par la Cnam pour les indemnités dérogatoires et rattachées.

Malgré les difficultés méthodologiques découlant du contexte pandémique, une décomposition simplifiée des facteurs d'augmentation de la dépense est présentée dans le graphique ci-dessous.

Graphique n° 27 : décomposition des facteurs d'augmentation de la dépense de 2017 à 2022 (en M€)

Source : Cour des comptes

Sur les 4,3 Md€ d'augmentation de la dépense en 2022 par rapport à 2017, 1,7 Md€ est directement imputable à la crise sanitaire. S'y ajoute un montant minimum de 400 M€ résultant de l'allongement du délai maximal d'indemnisation au-delà de trois ans, des difficultés d'accès au système de soins en période pandémique et de l'allégement des contrôles du service médical pour la poursuite de l'indemnisation au-delà de six mois.

[210] Selon qu'est prise en compte ou non la tendance de long terme à l'augmentation du nombre d'arrêts de plus de six mois (+ 3 % par an en moyenne), qui était déjà constatée sur la période 2012-2019.

Les facteurs économiques et démographiques expliquent 1,3 Md€ de hausse, dont 0,7 Md€ dû à l'augmentation du Smic et du salaire moyen par tête, 0,2 Md€ à l'augmentation de la population active et 0,4 Md€ à l'extension du périmètre du régime général aux indépendants et aux professions libérales.

La vive progression de la dépense entre 2017 et 2022 peut donc être en grande partie expliquée par des facteurs démographiques et salariaux ainsi que par les incidences de la crise sanitaire. 0,9 Md€ ne peuvent être rattachés à aucune de ces causes prises isolément. Ils incluent les conséquences du vieillissement de la population active sur la durée des arrêts de travail, qui ne peuvent être chiffrées précisément. Une augmentation de la durée des arrêts pour motif psychologique a aussi été constatée, qui s'inscrit dans la durée : la Cnam a constaté une augmentation de la durée moyenne des arrêts de 10 % pour toutes les classes d'âge entre 2010 et 2019[211].

Les baromètres de l'absentéisme publiés par divers acteurs reflètent la perception d'une dégradation de l'état de santé de la population française. Selon le baromètre Malakoff-Humanis 2022, le nombre de salariés jugeant leur état de santé dégradé est passé de 25 % à 31 % entre 2020 et 2022. Selon ce sondage, les troubles psychologiques représentaient 20 % des motifs d'arrêt en 2022 contre 15 % en 2020[212].

Dans un contexte de retour à la normale sur le plan sanitaire et de rétablissement par la Cnam des actions de régulation de la dépense d'indemnités journalières dans le cadre de sa stratégie pluriannuelle[213], la dynamique de la dépense devra être suivie avec attention. Cette dynamique se confirme en 2023 avec un montant de dépense ramené à 10,8 Md€, dans lequel les indemnités journalières covid ne comptent plus que pour 100 M€ et les indemnités journalières hors covid progressent encore de 500 M€.

[211] Cnam, *Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2023.

[212] Ces chiffres, issus de sondages réalisés sur des échantillons d'environ 1 000 personnes, doivent toutefois être pris avec précaution.

[213] Celle-ci comporte des actions à destination des assurés, des prescripteurs et des employeurs visant à mieux réguler la dépense d'indemnités journalières maladie, dont de nombreuses dimensions sont analysées en partie III *infra*.

II - Une réglementation à simplifier

L'adaptation de la réglementation à la diversité des situations d'activité aboutit à une grande complexité. Celle-ci est source de coûts de gestion importants et a des conséquences préjudiciables pour les assurés, notamment les plus précaires. La vérification des droits des assurés et la détermination du revenu servant de base au calcul de leur indemnisation mériteraient d'être simplifiées.

A - Une trop grande complexité, coûteuse et préjudiciable aux assurés

La réglementation des indemnités journalières a cherché à prendre en compte les caractéristiques particulières des multiples situations d'emploi. La grande complexité qui en découle est à la source de coûts de gestion importants, d'erreurs et de délais de liquidation défavorables aux assurés.

1 - Une complexité réglementaire suscitée par la diversification des situations d'emploi

L'indemnisation d'un arrêt de travail est calculée sur la base de 50 % de la moyenne du salaire brut, apprécié sur les trois ou les douze mois précédant l'arrêt de travail selon les cas. Elle est versée sous la condition d'un nombre minimum d'heures travaillées ou d'une rémunération minimale constatée durant les trois, six ou douze mois précédant l'arrêt.

La diversification des modes de rémunération a progressivement rendu la notion de salaire brut moins aisée à déterminer : primes assujetties ou non à cotisations sociales et à l'impôt, treizième mois, intéressement et participation, tickets-restaurants, frais de déplacement, etc.

La difficulté à qualifier le revenu et l'activité s'est accentuée avec la diversification des situations des personnes ayant un emploi, au fur et à mesure de leur rattachement au régime général (contrats à durée déterminée, saisonniers, intérimaires, intermittents, personnels de maison, assistantes maternelles, etc.).

Cette multiplication de situations spécifiques rend plus complexe le recensement des périodes d'activité ainsi que le calcul du revenu de référence à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité.

La complexité s'est accentuée avec l'ouverture des règles du maintien de droits[214] aux demandeurs d'emploi inscrits à France Travail. Ces règles conduisent à devoir apprécier le salaire de référence sur des périodes d'emploi parfois éloignées de la date de la prescription d'arrêt de travail[215]. La réglementation oblige aussi à neutraliser les périodes non travaillées en cas d'activité réduite permettant de percevoir à la fois un revenu d'activité et une allocation chômage, ce qui constitue une opération complexe.

L'ouverture de l'indemnisation des arrêts de travail à diverses catégories de travailleurs non-salariés (artisans et commerçants, professionnels libéraux et personnels médicaux)[216] a conduit à leur appliquer des règles différentes de celles établies pour les travailleurs salariés. Leur indemnité est calculée sur la moyenne des trois dernières années de revenu non-salarié, sous des conditions de revenus et d'activité minimale spécifiques. Le montant maximal de leur indemnité est régi par des règles propres[217].

Le cas des personnes qui exercent à la fois une activité indépendante et une activité salariée et qui bénéficient donc des deux régimes nécessite un double calcul. À revenu global identique, une personne dans cette situation se trouve avantagée du fait de l'absence de plafonnement global des sommes versées, ce qui pose un problème d'équité.

2 - Une complexité coûteuse en gestion et préjudiciable aux assurés

La modernisation des outils de gestion *(cf. infra)* aurait dû permettre de réduire les effectifs affectés à la liquidation des prestations dans les Cpam. En réalité, les effectifs ont augmenté du fait de la pandémie de covid, et, en dépit de cette augmentation, un stock de dossiers s'est constitué qui n'a pu être résorbé que par de nouveaux recrutements.

---

[214] Les demandeurs d'emploi bénéficient du maintien de leurs droits aux prestations en espèces de la sécurité sociale pendant la période de versement de leur allocation chômage et pendant un an au-delà (art. L. 311-5 du code de la sécurité sociale).
[215] Il a été constaté à la Cpam de Créteil que la liquidation d'une indemnité en septembre 2023 a nécessité de demander à un chômeur des bulletins de salaires remontant à 2009.
[216] Les commerçants et artisans bénéficiaient d'indemnités journalières maladie servies par le régime social des indépendants. Depuis le 1er juillet 2021, les professionnels libéraux (hors avocats) peuvent bénéficier d'indemnités journalières maladie selon des règles qui leur sont propres.
[217] Au 1er janvier 2024, l'indemnité brute servie aux travailleurs indépendants ne peut pas excéder le montant de 63,52 €, contre 52,28 € pour les salariés.

En 2022, la liquidation des indemnités journalières maladie occupait directement 3 673 équivalents temps plein rémunérés, soit 7,4 % de l'effectif des Cpam[218], pour un coût salarial de 183 M€. À ce montant, s'ajoutent des charges indirectes de gestion administrative, ainsi que le coût des effectifs des directions régionales du service médical, directement ou indirectement mobilisés par les indemnités journalières maladie. À partir de la comptabilité analytique de la Cnam, la Cour a estimé la charge totale de gestion administrative et médicale entre 5 000 et 7 500 agents, pour un coût annuel supérieur à 400 M€.

Une part significative de ces coûts est imputable à la vérification des conditions d'éligibilité et à l'estimation de la base indemnitaire de six situations dites complexes : chômeurs, intérimaires, assistantes maternelles, employés de maison, intermittents, praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. La liquidation de ces indemnités requiert une connaissance pointue de la réglementation et la maîtrise de nombreux applicatifs informatiques. De ce fait, le nombre de dossiers complexes traités par agent ne dépasse pas quatre à cinq par heure. À la Cpam des Bouches-du-Rhône, les indemnités complexes mobilisent 15 % du temps de liquidation alors qu'elles représentent moins de 4 % des arrêts de travail. Elles ont en outre des effets sur d'autres processus (prise de contact des assurés, médiation, contentieux, etc.).

L'outil informatique utilisé pour la gestion de la plupart des liquidations de prestations de l'assurance maladie a des limites et des carences connues. Il s'agit d'un applicatif ancien, dont le remplacement est prévu au premier semestre 2024.

La mise en service du nouvel outil de liquidation des indemnités journalières maladie des travailleurs salariés, dénommé Arpège, devrait apporter une automatisation plus grande et une ergonomie améliorée, malgré certaines craintes des agents[219]. La Cnam estime les gains d'efficience de ce nouvel outil à 996 équivalents temps plein entre 2025 et 2027. Cependant, Arpège ne résoudra pas les problèmes de liquidation qui

[218] 8,7 % des effectifs si l'on prend également en compte les effectifs occupés à la liquidation des indemnités journalières au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

[219] Arpège est utilisé pour la liquidation des prestations des travailleurs indépendants depuis 2020. Sa mise en service s'est accompagnée d'erreurs informatiques qui ont conduit à des blocages et à un nombre important d'indus, qui n'ont pu être rattrapés – manuellement - qu'à compter du premier semestre 2022.

résultent de la complexité du calcul de l'indemnité dans un certain nombre de cas (maintien de droits, emploi discontinu ou à employeurs multiples).

La fréquence des erreurs résiduelles affectant le calcul du montant des indemnités dues avoisine 8 % pour l'exercice 2023[220]. Leur montant est estimé à 453,3 M€, soit 1,8 % du montant des prestations. Les erreurs les plus courantes affectent le calcul du salaire de référence, du fait de l'application incorrecte d'une réglementation devenue trop complexe.

La complexité réglementaire explique aussi les délais moyens de liquidation de la première indemnité, qui ont augmenté de manière continue ces dernières années pour atteindre 32,8 jours en 2022 (+ 15 % par rapport à 2017). Les délais sont encore plus longs pour les indemnités complexes. Cette situation porte préjudice aux assurés, notamment aux plus précaires, qui relèvent souvent des cas complexes.

Les indemnités journalières pour maladie constituent près du tiers des flux de prise de contact du public avec les Cpam (arrêt initial, droits, délais de paiement, montant, situation, contestations). Elles entraînent, plus que d'autres prestations, des réclamations réitérées par un même assuré, par téléphone, par courrier électronique ou par lettre. La situation n'est satisfaisante ni pour les bénéficiaires, ni pour les caisses de sécurité sociale, sur lesquelles elle fait peser une charge disproportionnée. Si la règlementation était simplifiée, une part de l'effectif chargé de ces missions pourrait être réaffectée.

B - Des simplifications réglementaires à envisager

Pour améliorer la qualité du service rendu aux assurés et réduire les coûts de gestion, une simplification de la réglementation est nécessaire. Elle est reconnue par la nouvelle convention d'objectifs et de gestion qui lie l'assurance maladie et l'État pour la période 2023-2027 : « *L'État s'engage à […] simplifier et harmoniser la réglementation des indemnités journalières pour en faciliter la liquidation* ». Les simplifications pourraient porter sur la vérification des conditions d'ouverture des droits et sur la détermination du revenu servant de base au calcul des indemnités journalières.

[220] La Cnam contrôle chaque année la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent les indemnités journalières pour maladie, pour accidents du travail et maladies professionnelles et pour maternité et paternité mises en paiement à partir d'un échantillon de 5 235 indemnités en 2023, réparties à parité entre les trois risques.

1 - Les conditions d'ouverture des droits

Le ministère chargé de la santé a mené en 2018 des réflexions visant à supprimer les conditions d'ouverture des droits pour les arrêts maladie de moins de six mois pour les salariés. La seule condition qui serait encore vérifiée serait l'existence d'un contrat de travail. En revanche, les conditions du nombre minimal d'heures travaillées et du revenu minimal cotisé seraient supprimées. Cet allègement permettrait de mieux couvrir les salariés précaires, récemment en emploi, travaillant dans de très petites entreprises (50 % des cas) ou auprès de particuliers employeurs (30 % des cas).

Le coût de cette mesure pour l'assurance maladie avait été évalué en août 2018 à 40 M€ par an par la direction de la sécurité sociale. Il serait utile d'actualiser cette estimation et de la comparer aux économies de gestion qu'elle permettrait.

2 - Les modalités de calcul du revenu de référence

Le calcul du revenu de référence est affecté lorsque la réglementation oblige à établir l'indemnisation à partir de salaires anciens (chômeurs), de périodes de travail discontinues (contrats à durée déterminée, saisonniers, intérimaires, intermittents) ou de salaires versés par plusieurs employeurs (personnels de maison, assistantes maternelles).

De premiers échanges techniques ont eu lieu à la mi-2023 entre la Cnam et la direction de la sécurité sociale afin d'identifier les voies d'une simplification. Ces travaux semblent privilégier l'harmonisation réglementaire des règles entre les indemnités journalières servies en cas de maladie, d'accidents du travail et maladies professionnelles, de maternité et paternité. Trois scénarios sur les quatre étudiés par la Cnam reposent ainsi sur une généralisation du calcul de l'indemnité sur les salaires des douze derniers mois, déjà appliquée aux salaires discontinus, au lieu des trois derniers mois appliqués actuellement à la grande masse des salariés. Un tel allongement se traduirait par une augmentation des exigences administratives et une nouvelle augmentation des frais de gestion.

Une autre approche consisterait à raccourcir la période de référence à trois mois pour tous les salariés et chômeurs, quitte à recourir à des forfaits pour les assurés n'ayant pas perçu de salaire au cours des trois derniers mois précédant l'arrêt de travail (cas des personnes en emploi

discontinu)[221], tout en plafonnant l'indemnité au niveau de celle versée par France Travail au titre du chômage pour contenir les risques d'arbitrage entre les deux régimes.

Une telle simplification permettrait une réduction des délais de liquidation des indemnités et donc un versement plus rapide de leurs indemnités aux assurés. Elle améliorerait le paiement à bon droit des prestations. L'effectif affecté aux missions de liquidation pourrait être réduit et réaffecté, en tout ou partie, à la maîtrise médicalisée de ces dépenses ou à la lutte contre les fraudes.

L'analyse de ce scénario devrait prendre en compte des « situations-types » afin d'en chiffrer plus précisément les effets sur les montants perçus par les assurés. Pour la plus grande partie des salariés, une telle évolution serait sans conséquence sur le montant total perçu, compte tenu des obligations légales et conventionnelles pesant sur l'employeur au titre du maintien du salaire (cf. *infra*).

III - Une dépense à mieux maîtriser

D'importantes modernisations des outils informatiques ont été mises en œuvre, qui doivent être généralisées pour améliorer l'efficience de la gestion des indemnités journalières. La montée en puissance de nouveaux outils pourrait aussi permettre un contrôle plus efficace et plus gradué des arrêts de travail prescrits. Enfin, une meilleure maîtrise de la dépense d'indemnités journalières maladie et le redressement des comptes publics invitent à réexaminer les paramètres de l'indemnisation.

A - Des actions de fiabilisation des données et de lutte contre la fraude à intensifier

Deux importantes modernisations ont été déployées ces dernières années, qui contribuent à fiabiliser les données utilisées pour établir les droits à indemnisation et à automatiser les procédures. Elles concernent les employeurs d'une part et les médecins prescripteurs d'autre part.

[221] Le rapport au Premier ministre de la mission Bérard, Oustric et Seiller, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail, neuf constats, vingt propositions,* en janvier 2019, proposait plus largement de forfaitiser l'indemnité journalière versée par la sécurité sociale au titre des trente premiers jours d'arrêt de travail (proposition 17).

Concernant les employeurs, la déclaration sociale nominative (DSN), mise en œuvre dans le secteur privé en 2017 et dans le secteur public en 2022, a simplifié les déclarations sociales. Les employeurs doivent informer les Cpam de l'arrêt de travail du salarié en fournissant une attestation de salaire (voir *infra*, schéma n° 1). Les informations portées sur cette attestation permettent de vérifier les conditions d'ouverture de droit, de déterminer le dernier jour de travail et de reconstituer les salaires à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité. Lorsque celle-ci est télétransmise aux Cpam, l'indemnité peut être établie et versée automatiquement. Il s'agit d'un progrès considérable, qui justifie que le taux de transmission des attestations de salaire par la DSN constitue un nouvel indicateur dans la convention d'objectifs et de gestion État-Cnam 2023-2027[222].

Concernant les prescripteurs d'arrêts de travail, un téléservice a été déployé à partir de 2011 à destination des médecins de ville, pour leur permettre de transmettre par voie numérique les avis d'arrêts de travail. Ce transfert supprime le risque d'erreurs matérielles (corrections, ratures, mauvaise lisibilité) et permet de notifier directement l'arrêt de travail à la Cpam, sans qu'il soit nécessaire à l'assuré d'envoyer un courrier séparé. Le motif de l'arrêt est codé, ce qui permet un contrôle médical et un suivi statistique des prescriptions. Enfin, la falsification de l'avis d'arrêt de travail et l'usurpation de l'identité du professionnel de santé prescripteur sont rendues beaucoup plus difficiles, alors que la revente *via* internet d'avis falsifiés en format papier s'est développée, ainsi que les médias s'en sont fait l'écho.

Une détection et une sanction des fraudes encore insuffisantes

Le montant des fraudes aux indemnités journalières (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité et paternité) détectées par l'assurance maladie s'est élevé à 12,8 M€ en 2022[223], ce qui apparaît faible.

Dans le périmètre des indemnités journalières maladie, le nombre de fraudes détectées par la Cnam (1 800 cas) a donné lieu à l'engagement de 1 450 actions contentieuses en 2023. Pour la même année,756 pénalités financières ont été prononcées à l'encontre des fraudeurs. Une montée en puissance de ces actions est nécessaire. Les indemnités journalières maladie ne font pas partie des domaines pour lesquels une estimation de la fraude aux prestations est établie[224] mais la Cnam a annoncé des travaux en ce sens courant 2024.

[222] 69 % des attestations de salaire ont été transmises *via* la DSN en 2023.
[223] Cnam, *Bilan pour 2022 des actions de contrôle interne et de lutte contre la fraude*.
[224] Ralfss 2023, chapitre VII « *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore* ».

Pour qu'un fraudeur puisse être sanctionné, l'assurance maladie doit faire authentifier les faux avis d'arrêt de travail par le praticien victime d'une usurpation d'identité. Toutefois, le formulaire à remplir n'est disponible qu'en format papier, ce qui dissuade certains praticiens. La procédure mériterait d'être simplifiée et de pouvoir être effectuée en ligne, afin que soient systématiquement poursuivis les auteurs et les utilisateurs de ces documents frauduleux[225].

Ce type de fraude, impliquant des avis d'arrêt de travail au format papier, serait tari par la transmission généralisée des avis *via* le téléservice prévu à cet effet. La télétransmission doit s'effectuer depuis le poste informatique du praticien et est authentifiée par sa carte de professionnel de santé.

L'importance des améliorations apportées est telle qu'il est indispensable de tendre le plus rapidement possible vers la généralisation. L'absence d'équipement informatique ou d'accès à internet ne constituent plus des arguments recevables pour l'immense majorité des praticiens. L'ergonomie du service a par ailleurs été améliorée depuis 2019 : selon un test de l'Agence du numérique en santé, la saisie d'un avis d'arrêt de travail prend en moyenne 65 secondes.

L'article L. 161-35[226] du code de la sécurité sociale prévoit que « *les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie* » sous peine de sanctions, en principe prévues dans le cadre conventionnel médical. Toutefois, faute de signature de nouvelles conventions médicales avec les professions concernées, ces sanctions n'ont jamais été définies[227]. En conséquence, le taux de télétransmission des avis d'arrêt de travail par les professionnels installés en ville atteignait 67 % en septembre 2023, ce qui est sensiblement

[225] Dans le cadre de son instruction, la Cour a examiné plusieurs cas d'usurpation d'identité signalés par des médecins généralistes en 2023, notamment quatre faux avis d'arrêt de travail papier émis par un même faussaire et utilisés en juin et juillet 2023 par des assurés affiliés aux Cpam 93, 94 et 17. En janvier 2024, les pénalités financières pour fraude n'avaient pas encore été appliquées et les signalements au procureur de la République sur le fondement de l'article 40 du code pénal n'avaient pas encore été effectués.

[226] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, art. 55 (V). La loi prévoyait une entrée en vigueur de ces dispositions au plus tard au 31 décembre 2021.

[227] Le règlement arbitral rédigé en l'absence de convention et approuvé par l'arrêté du 28 avril 2023 offrait la possibilité de déterminer ces sanctions, au même titre que les autres sujets ressortant du champ des conventions. Il ne les a pas fixées.

inférieur à l'objectif figurant dans la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 (75 % d'avis télétransmis en 2022).

La Cnam continue de privilégier l'incitation à la sanction dans le cadre des négociations conventionnelles en cours. Elle a ainsi proposé une refonte du forfait de structure : les médecins percevraient de la Cnam une rémunération spécifique dite « dotation numérique », à la condition d'utiliser certains téléservices, dont la télétransmission des avis d'arrêt de travail.

Il est toutefois nécessaire de faire appliquer effectivement les dispositions légales, en appliquant au besoin des sanctions, si les incitations ne suffisaient pas. Les nouvelles conventions devraient fixer aux médecins de ville des objectifs globaux de télétransmission assortis d'un calendrier prédéfini et déterminer les sanctions applicables, sauf exceptions prévues, à ceux qui ne télétransmettent pas, si ces objectifs collectifs ne sont pas atteints. À défaut, la loi devrait préciser ces sanctions.

B - Des efforts de maîtrise médicalisée à renforcer

D'importants progrès ont été réalisés par l'assurance maladie dans l'organisation et les objectifs du service médical, ainsi que dans les outils informatiques de contrôle des médecins prescripteurs et des assurés. Des moyens pourraient toutefois être redéployés pour renforcer le contrôle des prescriptions par le service médical. Pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée, une révision de la durée maximale d'indemnisation permettrait au service médical d'intervenir à un moment plus adapté pour prévenir la désinsertion professionnelle.

1 - D'importants progrès déjà réalisés

La gestion médicalisée du risque s'est améliorée depuis 2017 même si elle a été fortement ralentie par la pandémie de covid 19.

L'organisation du service médical a été réformée à partir de 2018 pour le rapprocher des médecins prescripteurs. Cette évolution s'est accompagnée d'une diversification des compétences, avec le recrutement d'infirmières et de « conseillers services ». La nouvelle organisation s'appuie sur un contrôle plus ciblé des arrêts de travail d'une durée inférieure à six mois et sur le contrôle et l'accompagnement des assurés en arrêt de travail de plus de six mois.

Les outils de contrôle à la disposition du service médical lui permettent de mieux contrôler les arrêts de travail, en détectant les prolongations d'arrêt ou en analysant le comportement de certains

médecins prescripteurs à partir des codes de pathologies utilisés. L'outil dit de requête unique permet d'identifier les dossiers à contrôler en fonction de la durée et du motif des arrêts de travail, et de répartir le travail de contrôle des équipes en fonction des compétences des agents.

La batterie d'indicateurs de performance du service médical s'est étoffée. Des valeurs minimales à atteindre ont été introduites et les objectifs sont devenus plus ambitieux. Les indicateurs sont désormais opposables au service et doivent donner lieu à la mise en place d'un plan d'action en cas de non-atteinte des objectifs ou de dégradation des résultats.

La requête unique, initialement conçue comme transitoire, a été améliorée depuis juin 2023 par le déploiement d'un nouveau logiciel, dénommé Matis, qui doit assurer des détections automatisées portant sur le flux des arrêts de travail en instance de traitement. Il doit aussi permettre une amélioration du suivi des dossiers et de la coordination des acteurs.

D'autres outils ont été créés pour améliorer la relation avec les assurés et avec les médecins prescripteurs. Ils permettent notamment au service médical d'intervenir plus tôt et de superviser les flux de nouveaux arrêts de travail. Leur montée en puissance est toutefois conditionnée par l'achèvement de certains développements informatiques.

Depuis 2022, la Cnam cherche à renforcer la coordination entre les Cpam, les caisses d'assurance retraite et d'accidents du travail (Carsat) et le service médical en vue d'assister les entreprises caractérisées par des taux d'absentéisme élevés. Elle prévoit d'y associer les services de prévention et de santé au travail en 2024.

2 - De nouveaux outils d'aide à la prescription et de contrôle des prescripteurs

Des référentiels de prescriptions ont été créés et actualisés sous l'égide de la Haute Autorité de santé (HAS)[228]. Les référentiels, à l'enrichissement desquels les professions médicales sont associées, constituent un outil de normalisation des prescriptions. Il existe une soixantaine de référentiels de prescriptions correspondant aux motifs d'arrêts de travail les plus fréquents.

[228] La HAS, en application de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, travaille à la mise à jour et à la création de fiches pour des pathologies à fort enjeu (hausse des motifs, durée d'arrêt longue). Le calendrier prévisionnel prévoit la création d'un référentiel syndrome dépressif en 2025.

La convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 entre la Cnam et l'État prévoit de les prendre en compte dans les logiciels d'aide à la prescription, ce qui doit contribuer à améliorer la pertinence des durées d'arrêt prescrites. Conjugués à la dématérialisation de l'avis d'arrêt de travail et au déploiement de l'outil Matis, les référentiels de prescription constituent d'importants outils d'aide à la régulation et au contrôle des arrêts. Au lieu d'essayer d'identifier, au sein d'une masse importante d'arrêts de travail, ceux d'une durée excessive, le service médical peut désormais concentrer ses efforts sur l'analyse de la pertinence des arrêts de travail dépassant les durées recommandées.

Le recours aux nouveaux outils, dans la mesure où il permet un suivi en temps réel des prescriptions d'arrêts de travail effectuées par chaque praticien, doit favoriser la détection précoce des cas de sur-prescription et améliorer le dialogue entre le service médical de l'assurance maladie et les prescripteurs, avant la mise en œuvre éventuelle de mesures de sanction par les procédures de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable[229].

Ces procédures, lourdes pour le service médical et généralement mal acceptées des praticiens, ne concernent aujourd'hui qu'un faible nombre de professionnels et sur une durée de six mois au maximum. Elles deviendraient le point d'aboutissement d'un processus plus gradué.

3 - Une révision de la durée maximale d'indemnisation à considérer

Dans le cas général, la durée maximale d'indemnisation des arrêts de travail est de 360 jours, sur une période de trois années[230]. Pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée, l'indemnisation est versée pendant une durée maximale de trois années, calculée de date à date.

[229] Lorsque le service médical de l'assurance maladie constate que le volume de prescriptions d'un praticien est supérieur à la moyenne, le directeur de la Cpam peut proposer à celui-ci, à l'issue d'une procédure contradictoire, un objectif de réduction du volume de prescriptions à atteindre dans un délai compris entre quatre et six mois ; si l'objectif n'est pas atteint, des pénalités peuvent être prononcées. En cas de refus de la mise sous objectif, une commission peut décider de mettre le praticien sous accord préalable. Le versement d'indemnités journalières au titre d'un arrêt de travail prescrit par ledit praticien est alors subordonné à l'accord préalable du service médical. En cas de récidive après deux périodes de mise sous accord préalable, le praticien s'expose à une pénalité financière.

[230] Article L. 323-1 du code de la sécurité sociale.

Cette durée, inchangée depuis 1945, ne tient pas compte des progrès thérapeutiques, qui permettent aujourd'hui de stabiliser plus rapidement l'état de santé des patients et donc de statuer plus précocement sur leur retour au travail ou leur placement en invalidité.

Une durée de trois ans permet de prendre en charge les assurés souffrant de pathologies au long cours, mais elle augmente le risque de désinsertion professionnelle et retarde la mise en invalidité de personnes dont l'état est stabilisé[231]. Inversement, une durée calculée de date à date peut s'avérer trop courte pour des pathologies chroniques (sclérose en plaques, certains cancers, etc.) pour lesquelles les malades travaillent mais se voient prescrire de nombreux arrêts justifiés.

Des travaux menés conjointement par la Cnam et par la direction de la sécurité sociale ont porté sur l'hypothèse d'une réduction de trois à deux ans de la durée maximale d'indemnisation continue, s'accompagnant de la possibilité de calculer le droit à indemnisation sur une période de trois ans glissants pour des pathologies chroniques sévères. Sous réserve d'effets indésirables qui n'ont à ce stade pas été identifiés, une telle mesure supprimerait les indemnisations longues continues, tout en évitant des ruptures d'indemnisation pour des arrêts répétés en lien avec une pathologie chronique sévère, permettant ainsi une indemnisation plus adaptée à la réalité de la situation médicale des assurés[232].

C - Des paramètres d'indemnisation qui doivent tenir compte de la protection assurée par les entreprises

Du fait de la loi et des conventions collectives, les entreprises ont l'obligation, sous certaines conditions, de maintenir le salaire de leurs employés en cas d'arrêt de travail. Une modification des paramètres d'indemnisation par le régime général serait donc neutre pour la plupart des assurés mais créerait des charges nouvelles pour les employeurs. Certaines mesures concernant les délais de carence auraient également des conséquences pour les salariés.

[231] Les pensions d'invalidité sont d'un montant inférieur à celui des indemnités journalières maladie.
[232] Les dépenses d'indemnités journalières maladie versées au-delà de deux ans sont de 756 M€ en 2022. Le raccourcissement de la durée d'indemnisation de trois à deux ans représenterait une économie brute d'un montant approchant.

1 - Un niveau élevé de protection sociale assumé par les entreprises

L'indemnisation de la perte de revenu pour maladie au titre de la sécurité sociale a été historiquement complétée par un ensemble d'obligations légales ou conventionnelles supportées par les employeurs. En cas d'arrêt de travail pour maladie, un salarié du secteur privé ne perçoit pas que les indemnités journalières versées par la sécurité sociale. Sous certaines conditions[233] fixées par la loi de mensualisation des salaires de 1978 et la convention collective dont il relève, son employeur doit maintenir tout ou partie de son salaire.

Les obligations de maintien du salaire par l'employeur

La mensualisation, créée par la loi n°78-49 du 19 janvier 1978, emporte l'obligation pour les employeurs de garantir la rémunération d'un salarié en arrêt de travail dès le huitième jour en cas de maladie, à 90 % de son dernier salaire pendant trente jours, puis à 66,66 % pendant trente jours supplémentaires[234].

Ces niveaux constituent des *minima* qui varient selon l'ancienneté du salarié. Ils peuvent être améliorés par accord de branche ou d'entreprise, jusqu'à garantir un maintien du salaire net sur la durée de l'arrêt de travail, comme le prévoit par exemple la convention collective de la métallurgie.

La gestion administrative des arrêts de travail et les flux financiers qui en découlent, résultant de l'application des règles du code du travail et du code de la sécurité sociale, est présentée dans le schéma ci-dessous.

[233] L'obligation de maintien de salaire est applicable à compter d'un an d'ancienneté dans l'entreprise, ce qui exclut les nouveaux embauchés et les salariés en contrat à durée déterminée de moins d'un an.

[234] Soit l'employeur déduit le montant des indemnités versées par l'assurance maladie et verse le complément de salaire à l'assuré, soit il se subroge au salarié pour percevoir les indemnités et il verse la totalité de son dû au salarié, le terme de subrogation désignant la substitution d'une personne à une autre dans une relation juridique.

Schéma n° 1 : fonctionnement en gestion du versement des indemnités journalières et du maintien du salaire par l'employeur

Note : ce schéma présente le cas le plus fréquent d'un arrêt de courte durée ne faisant pas intervenir de régime de prévoyance collective.
Source : Cour des comptes

La charge financière assumée directement par les entreprises au titre du maintien de salaire en cas de maladie est évaluée à 5 Md€ en 2022[235]. Le montant des prestations découlant des garanties d'assurance souscrites contre le risque d'arrêt de travail de leurs salariés est en outre évalué à 6,6 Md€ en 2022[236]. Les dépenses supportées par les entreprises au titre de l'indemnisation des arrêts de travail ont donc atteint 11,6 Md€ en 2022, soit un montant comparable aux dépenses d'indemnités journalières de l'assurance maladie (12 Md€).

Selon l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)[237], environ 70 % des salariés ne subissent aucune perte de revenu en cas d'arrêt maladie de courte durée, de nombreux accords collectifs prévoyant un maintien du salaire au-delà des niveaux *minima*

[235] Drees, *Comptes de la protection sociale 2022*.
[236] Drees, *Comptes de la protection sociale 2022*. Assureurs pour 3,7 Md€ (56 %), institutions de prévoyance pour 2,2 Md€ (33 %) ou mutuelles pour 0,7 Md€ (11 %).
[237] Irdes, *Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise* 2017.

fixés par la loi de mensualisation, sans jour de carence[238]. Le niveau de remplacement du salaire assuré par les entreprises pour les arrêts longs est en moyenne de 80 % du salaire brut, soit un niveau proche du salaire net, pour des durées et des dégressivités variables. Pour la plupart des salariés, les indemnités versées par le régime général ne reflètent qu'une part des revenus perçus, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 28 : répartition de l'indemnisation entre l'assurance maladie et l'employeur en fonction de la durée de l'arrêt

Note : Les durées d'arrêt de travail, signalées en abscisses correspondent aux bornes temporelles de leurs différents modes de prise en charge. La surface de chaque aire n'est donc pas proportionnelle à la dépense prise en charge.
Source : Cour des comptes d'après CTIP

Cette réalité juridique et financière emporte deux conséquences pratiques. D'une part, ce niveau de couverture élevé, qui neutralise les jours de carence du régime général et maintient en grande partie le salaire, incite

[238] Les salariés moins bien couverts travaillent dans de petites entreprises non rattachées à une branche ou sont présents dans l'entreprise depuis moins d'un an (période d'essai, contrat à durée déterminée, intérim, saisonniers, etc.).

peu à reprendre rapidement le travail[239]. D'autre part, dès lors que l'obligation de maintien du salaire courant repose sur l'entreprise, une modification des paramètres de l'indemnisation du régime général n'a pas d'impact financier pour la plus grande part des salariés.

2 - Une répartition des efforts d'économies à réexaminer

Une meilleure maîtrise des dépenses d'indemnités journalières suppose une plus grande responsabilisation des acteurs. Diverses options ont été examinées en 2018 puis en 2023 par le Gouvernement, qui portent essentiellement sur le délai de carence.

Le délai de carence

Le délai de carence est la période qui s'écoule entre la date à laquelle la maladie est constatée et le premier jour à partir duquel les indemnités sont versées par l'assurance maladie. Il est aujourd'hui de trois jours. Il ne fait pas obstacle à la prise en charge, par les employeurs qui le souhaitent ou qui y sont tenus en vertu d'un accord collectif, au versement de tout ou partie du salaire au titre des journées non indemnisées.

Schéma n° 2 : prise en charge des sept premiers jours d'arrêt de travail

Source : Cour des comptes

[239] Des niveaux d'indemnisation élevés peuvent favoriser l'allongement de la durée des arrêts maladie, comme cela a été vérifié empiriquement en Allemagne : le taux de remplacement a été diminué de 100 % à 80 % en 1996 avant d'être rétabli à 100 % en 1999 ; la première réforme a conduit à réduire le nombre de jours d'arrêt maladie des personnes en ayant initialement peu, tandis que la seconde a contribué à allonger la durée des arrêts des personnes ayant plus de 10 jours d'arrêt.

Une première hypothèse consisterait à ne plus indemniser les arrêts de travail de moins de huit jours. Cette mesure permettrait à l'assurance maladie d'économiser 470 M€ (sur la base des dépenses en 2022). Une deuxième hypothèse serait de porter le délai de carence de trois à sept jours pour tous les arrêts, quelle que soient leur durée. Si cette dernière mesure était appliquée y compris pour les affections de longue durée, elle permettrait une économie d'environ 945 M€ pour l'assurance maladie. Sans modification des garanties actuelles issues des négociations collectives, ces options entraîneraient une augmentation des charges des entreprises respectivement de 330 M€ et 660 M€, le solde étant supporté par les salariés qui ne bénéficient pas d'un maintien de salaire.

Le président du Medef a exprimé en juin 2023 sa préférence pour la solution d'un jour de carence d'ordre public fixé par la loi, également recommandée par la Cour en 2019[240]. Cette mesure consisterait à interdire aux entreprises de verser le salaire du jour suivant immédiatement l'arrêt de travail[241], adressant ainsi aux salariés, aux employeurs et aux médecins prescripteurs « *un signal supplémentaire en faveur de la maîtrise de la fréquence des arrêts de travail* »[242].

Du point de vue financier, l'introduction d'un délai de carence d'ordre public ne constituerait pas une économie pour le régime général, puisque le délai de carence de l'assurance maladie s'applique d'ores et déjà aux trois premiers jours d'arrêt. En revanche, parce qu'il remettrait en cause les obligations issues d'accords collectifs prévoyant le maintien du salaire dès le premier jour d'arrêt et les décisions unilatérales d'employeurs, il se traduirait par une économie pour les entreprises d'environ 1 Md€. Cette mesure entraînerait une perte de revenus pour les salariés d'environ 0,6 Md€, ainsi qu'une perte de recettes pour la sécurité sociale de l'ordre de 0,4 Md€ du fait de l'absence de cotisations sociales sur les salaires non versés.

Les montants économisés par les entreprises justifieraient des mesures contribuant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, par exemple au moyen d'une diminution du taux de prise en charge des indemnités par l'assurance maladie. Une baisse de cinq points de ce taux, à 45 % au lieu de 50 % du salaire brut, permettrait au régime général de réduire ses dépenses au niveau des économies réalisées par les entreprises.

---

[240] Ralfss 2019, chapitre III « *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail* ».

[241] Dans le cas d'une affection longue durée, ce délai ne s'appliquerait qu'au premier arrêt de travail si les suivants sont en rapport avec cette affection, comme c'est d'ores-et-déjà le cas pour les indemnités journalières maladie.

[242] Cf. rapport de la Cour précité. Une telle mesure devrait toutefois faire l'objet d'une expertise juridique, au regard de jurisprudences récentes.

Au total, la palette des mesures d'économies pour les indemnités journalières maladie apparaît diversifiée. Celles-ci peuvent porter sur les conditions dans lesquelles les arrêts de travail sont prescrits (lutte contre la fraude et maîtrise médicalisée du risque), les durées et les taux de prise en charge par l'assurance maladie. Le tableau ci-après présente l'ordre de grandeur des économies annuelles qu'elles permettraient, sous l'hypothèse de comportements inchangés.

Tableau n° 25 : économies annuelles pour l'assurance maladie de différentes mesures (en M€)

Mesures[243]	**Économie annuelle**
Actions de maîtrise médicalisée du risque	200
Contrôles et lutte contre les fraudes	50
Évolution des paramètres de prise en charge :	
- non-indemnisation des arrêts de moins de huit jours	470
- délai de carence porté de trois à sept jours quelle que soit la durée des arrêts de travail	950
- mise en place d'un jour de carence d'ordre public combiné à une baisse de 5 points du taux de prise en charge par l'assurance maladie	600
- réduction du taux de prise en charge par l'assurance maladie, par point de pourcentage[244]	200
- révision de la durée maximale d'indemnisation	750[245]

Source : Cour des comptes et Cnam pour les actions de gestion du risque et de lutte contre la fraude (toutes indemnités journalières confondues).

[243] Hors économies réalisées sur la gestion. Une forfaitisation des indemnités versées pour les cas d'indemnités journalières maladie dites « complexes » libérerait *a minima* 15 % de l'effectif affecté à leur liquidation, soit une économie potentielle de 27 M€.
[244] Un effet comparable pourrait être obtenu en modifiant le revenu de référence pris en compte pour le calcul de l'indemnisation, par exemple en alignant les règles applicables aux salariés sur celles des non-salariés (calcul de l'indemnisation sur la moyenne des trois dernières années de revenu imposable) en contrepartie d'une augmentation du taux de prise en charge à hauteur des économies visées. Cette piste nécessiterait un délai de mise en œuvre plus important que les autres en raison des développements informatiques nécessaires à la création d'un flux de la DGFiP vers l'assurance maladie.
[245] Un surcroît de dépenses au titre de l'invalidité serait à déduire de cette économie brute.

La mise en œuvre de telles mesures peut avoir des effets différenciés selon les catégories de salariés et d'entreprises. Elle devrait être précédée d'une concertation avec les partenaires sociaux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La progression des dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général, passées de 7,7 Md€ à 12 Md€ entre 2017 et 2022, est trop rapide, même en prenant en compte les incidences conjoncturelles de la pandémie de covid 19. Elle est tirée par des facteurs démographiques et économiques : d'une part, l'augmentation et le vieillissement de la population active affiliée au régime général, d'autre part, la progression du Smic et des salaires sous l'effet de l'inflation. Après les récentes augmentations du Smic, elle va se poursuivre sur les prochains exercices.

Au regard de la dynamique de la dépense, il apparaît indispensable de réaliser des économies pour l'assurance maladie. Quatre axes d'efforts sont à poursuivre simultanément : la règlementation doit être simplifiée, ce qui améliorera la qualité de la gestion au bénéfice des assurés et diminuera ses coûts ; la lutte contre les fraudes doit être accentuée au moyen, notamment, d'une généralisation rapide de la télétransmission des avis d'arrêt de travail à l'assurance maladie ; les actions de maîtrise médicalisée du risque doivent être intensifiées en direction des praticiens prescripteurs, des assurés et des employeurs ; enfin, les paramètres d'indemnisation doivent être révisés.

À ces fins, la Cour formule les deux recommandations de gestion et la recommandation de politique publique suivantes :

15. *afin de lutter contre la fraude aux faux arrêts de travail et en complément de mesures incitatives, prévoir, dans la convention des médecins de ville, un objectif de télétransmission assorti d'un calendrier, et déterminer, si les objectifs ne sont pas atteints, les sanctions encourues par les professionnels qui ne recourent pas au téléservice ; à défaut, fixer ces sanctions par la loi (Cnam, ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
16. *afin de simplifier la gestion, prévoir le versement d'un forfait correspondant à une indemnité journalière moyenne en cas d'absence de salaire sur chacun des trois mois précédant l'arrêt de travail (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
17. *afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie, modifier les paramètres de l'indemnisation des arrêts de travail, notamment en vue de mieux en répartir la charge entre la sécurité sociale, les entreprises et les assurés, à l'issue d'une concertation avec les partenaires sociaux (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

Chapitre VI

Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants

PRÉSENTATION

Au tournant des années 2000, la mise sur le marché de médicaments innovants, qui s'ajoutent aux traitements classiques tels que la chimiothérapie, la radiothérapie ou la chirurgie, a transformé la prise en charge des patients et amélioré leur espérance de vie.

La rapidité de l'innovation scientifique et le coût élevé de ces thérapies mettent toutefois à l'épreuve les procédures d'évaluation de leur efficacité clinique et la fixation de leur prix par les autorités.

La Cour a donc examiné la façon dont les pouvoirs publics évaluent les progrès thérapeutiques apportés par ces nouveaux médicaments et les conditions et délais dans lesquels ils sont rendus accessibles à tous les patients. Elle a analysé les conséquences de leur développement sur la soutenabilité des dépenses de l'assurance maladie et les moyens de mieux réguler leur usage sans limiter les bénéfices apportés aux malades.

Les nouveaux traitements anti-cancéreux ont permis des progrès thérapeutiques significatifs avec des conditions d'accès plutôt satisfaisantes (I) mais leur coût considérable conduit à préconiser une adaptation des dispositifs actuels de régulation (II).

Chiffres-clés

En 2020, 433 136 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en France, portant à 3,4 millions le nombre de patients soignés chaque année. Le cancer est la première cause de décès en France (169 910 en 2022).

Le cancer est la pathologie la plus onéreuse pour l'assurance maladie : son coût s'élevait à 22,5 Md€ en 2021[246], soit 12,1 % des dépenses d'assurance maladie.

Les dépenses de médicaments innovants anti-cancéreux délivrés à l'hôpital et inscrits sur la « liste en sus »[247] ont connu une forte augmentation : elles représentaient 3,3 Md€ en 2018 et 5,9 Md€ en 2022.

I - Une étape nouvelle dans la lutte contre le cancer

La vague d'innovations en cancérologie a substantiellement modifié la façon dont le cancer est soigné (A), avec de réels résultats pour les patients (B). Ceux-ci ont accès de façon rapide, mais inégale à des traitements (C) dont le caractère innovant est hétérogène (D).

A - Des molécules aux modes d'action originaux

La cancérologie constitue un champ propice au développement de médicaments innovants, qui se distinguent par leur approche et, pour certains, par leur grand nombre d'indications pour une même molécule.

[246] Données de l'assurance maladie comprenant les soins de ville, les hospitalisations dans des établissements de santé publics ou privés et les prestations en espèces (dont les indemnités journalières maladie).

[247] La plupart des médicaments délivrés lors d'un séjour à l'hôpital sont compris dans le tarif de l'hospitalisation et ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire par l'assurance maladie. Le prix élevé de certains médicaments innovants par rapport aux actes hospitaliers pour lesquels ils sont utilisés a conduit le ministère chargé de la santé à créer, en 2005, une dotation spécifique de l'assurance maladie, dénommée « liste en sus » des tarifs d'hospitalisation. L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un arrêté du ministre chargé de la santé autorise l'inscription des médicaments de cette liste et procède à leur radiation.

1 - Des approches nouvelles

Depuis 2000, de nouvelles thérapies ont été proposées en cancérologie, dans la lignée desquelles s'inscrivent les thérapies ciblées (dont les thérapies géniques), les immunothérapies et les hormonothérapies.

Les thérapies innovantes

Les thérapies ciblées ont pour objectif de bloquer la croissance ou la propagation de la tumeur en interférant avec des anomalies moléculaires ou avec des mécanismes à l'origine du développement ou de la dissémination des cellules cancéreuses.

L'immunothérapie consiste à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses. Elle est notamment prescrite dans le traitement des mélanomes, des cancers du poumon métastatiques et des cancers du sein.

L'hormonothérapie vise à stopper la stimulation de la tumeur par les hormones. Le but est de bloquer le récepteur hormonal sur ces cellules cancéreuses pour les empêcher de proliférer. Ces traitements sont utilisés pour le traitement des cancers du sein hormono-dépendants (près des trois-quarts d'entre eux), souvent en complément d'une chimiothérapie.

Une étude de l'Institut national du cancer[248] menée au sein des pays de l'OCDE souligne que, pour la plupart, les pays membres ne se sont pas dotés d'une définition officielle des médicaments innovants. Une telle définition, si elle était trop restrictive, risquerait en effet d'écarter certains médicaments des cadres dérogatoires de prescription dont ils bénéficient.

L'absence de consensus sur la définition de l'innovation

La plupart des pays ne donnent pas de définition officielle de l'innovation. Quelques États ont recours à une labellisation : thérapie de rupture (« *breakthrough therapy* ») aux États-Unis et médicament innovant prometteur (« *promising innovative medicament* ») au Royaume-Uni.

En France, l'Institut national du cancer définit les médicaments innovants par leur conception, par leur voie d'administration, par l'amélioration du ratio efficacité-tolérance qu'ils permettent ou par la couverture qu'ils assurent d'un besoin non satisfait.

[248] *Innovation médicamenteuse en cancérologie / étude internationale sur la définition et l'accès à l'innovation*, INCa, janvier 2018.

Dans une perspective plus large, l'Agence européenne du médicament considère comme innovant tout médicament contenant une substance active ou une association de substances actives qui n'ont pas été autorisées auparavant.

Dans le cadre de la procédure d'accès précoce, la Haute Autorité de santé apprécie la présomption d'innovation au regard du plan de développement du médicament vis-à-vis de comparateurs cliniquement pertinents s'ils existent[249].

Une caractéristique commune à ces nouveaux médicaments est leur action très ciblée. Avant leur apparition, les traitements anti-cancéreux portaient sur l'organe défaillant, après localisation et mesure de la tumeur. La tumeur cancéreuse était, selon les cas, retirée par chirurgie ou détruite, soit par radiothérapie pour les tumeurs localisées, soit par chimiothérapie pour celles davantage évoluées.

Les nouvelles prises en charge ne visent plus un organe en particulier : elles bloquent les mutations moléculaires de la cellule cancéreuse en s'attaquant aux mécanismes qui lui permettent de se développer. Elles ne s'adressent plus à la population générale mais à un nombre de patients restreint, dont les cellules cancéreuses rencontrent les mêmes anomalies moléculaires.

2 - Des indications de plus en plus nombreuses

Au caractère ciblé des thérapies nouvelles correspond une forte dispersion des populations qui en bénéficient. En 2022, parmi les 49 indications[250] des dix médicaments anti-cancéreux les plus onéreux dispensés à l'hôpital, 57 % concernaient, lors de leur évaluation, moins de 2 000 patients par an chacune, et 22 % moins de 1 000.

[249] HAS, *Guide sur l'autorisation d'accès précoce aux médicaments : doctrine d'évaluation de la HAS*, avril 2022.
[250] L'indication s'entend comme un signe clinique, une pathologie ou toute situation affectant un patient qui justifie un traitement médical.

Graphique n° 29 : répartition des 49 indications des 10 anti-cancéreux les plus coûteux selon le nombre de patients concernés (2022)

Note de lecture : 11 indications étaient destinées à moins de 1 000 patients en 2022.
Source : HAS, retraitement Cour des comptes

Malgré un effectif réduit des patients concernés par chaque indication, le nombre de malades qui en bénéficient augmente régulièrement et devient important. En 2022, 244 563 personnes avaient reçu un médicament innovant anti-cancéreux soit 18,8 % des prises en charge à l'hôpital pour un cancer.

Graphique n° 30 : évolution du nombre de patients ayant reçu un médicament anti-cancéreux innovant

Note de lecture : Un patient peut avoir reçu plusieurs médicaments. Le champ inclut les médicaments anti-cancéreux de la liste en sus (thérapies ciblées, hormonothérapie, immunothérapie, chimiothérapies).
Source : INCa

Cette évolution est tout particulièrement portée par certains médicaments prescrits pour de nombreuses indications. Par exemple, le pembrolizumab, molécule parmi les plus utilisées pour les mélanomes ou pour certains cancers bronchiques, a été dispensé en 2016 à 1 267 patients au titre de sa première indication et à 48 156 patients au titre de 22 autres indications en 2023.

3 - Des médicaments parmi les plus innovants

L'évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS) de l'efficacité clinique des médicaments anti-cancéreux les positionne parmi les plus fréquemment innovants de toutes les aires thérapeutiques.

Avant de pouvoir être délivré à l'hôpital, le médicament est soumis à une procédure en plusieurs étapes, qui fait notamment intervenir des commissions spécialisées de la HAS, chargées de l'évaluation de son efficacité clinique et médico-économique, avant le Comité économique des produits de santé, organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie.

Graphique n° 31 : procédure de mise sur le marché du médicament

Source : Cour des comptes

La commission de la transparence de la HAS est chargée de réaliser l'évaluation clinique de la nouvelle molécule pour étayer la décision de prise en charge par l'assurance maladie. Elle rend d'abord un avis sur le « service médical rendu » par la nouvelle molécule[251], puis elle la compare à la pharmacopée existante pour déterminer « l'amélioration du service médical rendu » (ASMR). L'innovation peut être qualifiée de majeure (I), importante (II), modérée (III), mineure (IV) ou inexistante (V).

L'analyse des avis d'amélioration du service médical rendu mesure le caractère innovant des médicaments anti-cancéreux sans qu'aucune des 23 molécules examinées entre 2017 et 2023, obtienne la qualification d'innovation majeure ou importante[252]. Pour autant, 12 % ont relevé d'une innovation modérée et 17 % d'une innovation mineure, contre respectivement 4,2 % et 8 % de la totalité des médicaments examinés.

[251] L'article R163-3 du code de la sécurité sociale précise que l'appréciation prend en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le cas échéant le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux, et son intérêt pour la santé publique.

[252] La reconnaissance d'une ASMR majeure est exceptionnelle. Parmi les reconnaissances d'innovation importante, on trouve, par exemple, en 2022, l'association de produits dans le traitement de la mucoviscidose.

Graphique n° 32 : répartition des avis de la HAS selon le niveau d'innovation (2017-2022)

Source : HAS (retraitement Cour des comptes)

B - Des bénéfices substantiels pour les patients

L'espérance de vie des patients atteints de cancer a progressé, parfois dans des proportions importantes. De nouveaux traitements devraient prochainement arriver sur le marché, comme les vaccins. Dans la plupart des cas, ces innovations s'ajoutent aux prises en charge déjà existantes plus qu'elles ne les remplacent.

1 - Une amélioration nette de l'espérance de vie

Les conséquences de cette vague d'innovation et du large accès aux nouveaux traitements sont déjà sensibles dans les statistiques. Pour le cancer de la prostate, le taux de survie à cinq ans a augmenté de 21 points entre 1990 et 2015 pour atteindre 93 %. L'amélioration est de 12 points pour le cancer colorectal, 11 points pour le mélanome cutané, 9 points pour le cancer du sein.

Cette progression concerne aussi les cancers dits à mauvais pronostic, pour lesquels le taux de survie à cinq ans est faible. Pour le cancer du pancréas, le gain est de 7 points entre 1990 et 2015, même si à cette date, seuls 11 % des patients avaient une chance de survie à cinq

ans[253]. Pour le cancer du poumon, le taux de mortalité a diminué de 58 % entre 1990 et 2020 chez les hommes et de 36 % entre 2002 et 2020 chez les femmes[254]. Enfin, avec les anciens traitements standards, la moitié des patients atteints de leucémie myéloïde chronique survivait plus de 5 ans ; ils sont maintenant 85 % à être en vie après 15 ans[255].

2 - De nouveaux traitements prometteurs

Ces résultats favorables peuvent être encore améliorés car de nombreuses molécules n'en sont qu'au début de leur utilisation thérapeutique ou de leur phase d'essai clinique.

Ainsi, entre 2017 et 2022, alors que les patients atteints de cancer ont représenté environ 5 % des prises en charge à l'hôpital, la part des nouveaux médicaments anti-cancéreux, a constitué plus de 20 % des demandes de remboursement déposées par les laboratoires pharmaceutiques, soit 540 dossiers. D'autres médicaments, comme les cellules CAR-T, font état de premiers résultats prometteurs, qui restent encore en partie à concrétiser.

Les cellules CAR-T

Les récepteurs d'antigènes chimériques, dits cellules CAR-T, sont un exemple d'innovation médicamenteuse prometteuse. Il s'agit de thérapies géniques, utilisées jusqu'à présent en oncohématologie. Des médicaments fabriqués à partir des lymphocytes T du patient sont modifiés génétiquement et réinjectés pour reconnaître et détruire spécifiquement les cellules cancéreuses. Ils sont administrés en une seule injection.

La HAS les considère comme un espoir dans le traitement de certains cancers du sang réfractaires ou en rechute. D'après les études cliniques, le taux de survie à 12 mois des patients atteints de lymphome diffus à grandes cellules B serait compris entre 40 % à 60 % selon le traitement utilisé. Il existe toutefois des incertitudes sur l'identification des patients pour lesquels le traitement est efficace, sur le maintien de la réponse au traitement et sur la tolérance de ces cellules à moyen et à long terme.

[253] Institut national du cancer, *Panorama des cancers en France*, édition 2023.
[254] Moro-Sibilot D, Girard N. Cancers bronchiques : quoi de neuf entre fin 2021 et fin 2022 ? *La lettre du cancérologue* 2023.
[255] Guilhot F, Rigal-Huguet F, Guilhot J, Guerci-Bresler A, Maloisel F, Rea D, et al., Long-term outcome of imatinib 400 mg compared to imatinib 600 mg or imatinib 400 mg daily in combination with cytarabine or pegylated interferon alpha 2a for chronic myeloid leukaemia: results from the French SPIRIT phase III randomised trial, *Leukemia*, 2021.

Selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, parmi 639 patients traités par cellules CAR-T en 2022 pour lesquels un suivi à six mois est disponible, 357 ont bénéficié d'une rémission complète (329) ou partielle (28), 112 ont vu la maladie progresser et 123 sont décédés. 362 patients signalaient des complications ou des effets indésirables.

Enfin, les vaccins[256] préventifs ou curatifs occupent un champ de recherche en plein développement, avec deux approches distinctes. Certains vaccins ciblent les virus pouvant induire des cancers, comme les papillomavirus. D'autres s'attaquent aux systèmes de résistance à la réponse immunitaire des cancers et sont individualisés. Des essais cliniques sont en cours sur le mélanome, le cancer du pancréas, le cancer colorectal ou encore les cancers des voies aérodigestives supérieures.

3 - Une utilisation limitée à certaines pathologies et étapes des traitements

La plupart des nouveaux médicaments s'appliquent à certains organes. Selon une étude[257] sur les traitements approuvés par la *Food and drug Administration* aux États-Unis, les cancers concernés sont surtout ceux du poumon, du sein et du sang, et ne concernent pas ceux qui affectent le cerveau, la tête et le cou.

En outre, les molécules innovantes ne remplacent pas les traitements classiques mais s'y ajoutent souvent. Par exemple, sur 1 925 patients ayant bénéficié d'un traitement à base de cellules CAR-T en 2022, 77 l'avaient reçu en seconde intention après un premier traitement classique alors que tous les autres l'avaient reçu après plusieurs traitements préalables.

[256] Le terme vaccin est discuté pour des préparations d'antigènes tumoraux spécifiques.
[257] Scott, E.C.,Baines, A.C., Gong, Y. *et al*. *Trends in the approval of cancer therapies by the FDA in the twenty-first century*. Nature Review Drug Discovery,2023.

C - Un accès large mais inégal à ces nouveaux médicaments

La France présente des résultats satisfaisants en termes d'accès aux médicaments. Toutefois, les délais de négociation des prix de remboursement sont parfois longs. Pour y remédier, un système dérogatoire a été mis en place, « l'accès précoce », avec des résultats positifs. L'expertise requise pour élaborer des protocoles de traitements adaptés soulève la question de l'organisation actuelle de l'offre de soins.

1 - Un système dérogatoire permettant l'accès rapide des patients aux médicaments

L'inscription d'un médicament qui a obtenu son autorisation de mise sur le marché suit deux phases distinctes. Après l'évaluation scientifique par la commission de la transparence de la HAS pour apprécier le service médical rendu et son amélioration par rapport aux traitements existants, le prix de vente est négocié entre le laboratoire pharmaceutique et le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Les textes européens prévoient un délai total maximal de 180 jours pour toute la procédure[258]. Dans le champ des anti-cancéreux, et selon des données fournies par la HAS, le délai moyen d'évaluation par la commission de la transparence a été à lui seul de 123,5 jours entre 2017 et 2022, avec une amélioration dans la dernière période.

En 2023, selon une étude de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)[259] portant sur trente médicaments, dont onze anti-cancéreux, les délais totaux pour l'évaluation de l'amélioration du service médical rendu et pour la négociation du tarif de remboursement et du prix ont été, pour les médicaments étudiés, supérieurs en France à ceux de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Espagne. Pour les anti-cancéreux, le délai moyen était de 576 jours en France, contre 368 jours pour l'ensemble des pays étudiés, soit un écart de 208 jours. Cette durée plus longue a plusieurs causes : une surcharge de travail pour les services instructeurs[260], des temps de réponse parfois longs des entreprises pharmaceutiques, des délais d'arbitrage par les tutelles du CEPS ou des délais administratifs de signature et de publication

[258] Article 6 de la directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988.
[259] *Rapport Charges et Produits pour 2024*, Cnam, juillet 2023.
[260] Onze postes sont inscrits au tableau des emplois de la section du médicament du CEPS, dont deux étaient non pourvus pendant l'enquête.

des arrêtés. Une analyse détaillée de ces différents facteurs et de leur importance relative pourrait permettre d'identifier des leviers d'amélioration.

Afin de permettre un accès plus rapide aux nouveaux médicaments dans le système hospitalier, les pouvoirs publics ont instauré un régime dérogatoire au droit commun du remboursement, « l'accès précoce »[261]. Succédant au dispositif des autorisations temporaires d'utilisation[262] et entré en vigueur le 1er juillet 2021, il autorise, sous certaines conditions[263], la prise en charge financière d'un médicament avant même son évaluation de droit commun par la HAS et l'accord sur son remboursement, ce qui permet une mise à disposition rapide des patients. Sept des onze anti-cancéreux analysés dans l'étude précitée de la Cnam ont bénéficié de ces procédures dérogatoires et ont donc été rendus disponibles avant leur évaluation complète.

Un bilan d'étape réalisé en octobre 2023 par la HAS mesure le succès de l'accès précoce, tout particulièrement dans le domaine de la cancérologie qui bénéficie à lui seul de 50 % des avis favorables donnés[264]. Pour ces médicaments, et selon des données fournies par la HAS, les délais d'évaluation de l'amélioration du service médical rendu ont été divisés par deux par rapport à la procédure classique, avec 69,5 jours en moyenne.

L'intérêt du recours aux médicaments ayant bénéficié de la procédure d'accès précoce a, en règle générale, été confirmé, selon une étude conjointe de la HAS et de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé : parmi les 98 molécules bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif, 86 ont par la suite fait l'objet d'une évaluation de droit commun, avec des résultats confirmant l'avancée thérapeutique pour 67 d'entre eux.

---

[261] Un autre dispositif, l'accès direct, a été créé par l'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, avec une entrée en vigueur prévue le 1er juillet 2022. Toutefois, le premier texte d'application n'a été publié qu'en mai 2023 et un premier médicament est entré dans le dispositif en décembre 2023, hors du champ des anti-cancéreux.

[262] Créées en 1986, les autorisations temporaires d'utilisation permettaient déjà la mise à disposition de médicaments avant leur évaluation et l'accord sur le remboursement.

[263] Il y a cinq conditions : (1) S'il ne bénéficie pas encore d'une autorisation de mise sur le marché, son efficacité et sa sécurité doivent être fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ; (2) il doit être indiqué pour une maladie grave, rare et invalidante, pour laquelle (3) il ne doit pas exister de traitement approprié ; (4) la mise en œuvre du traitement ne peut être différée ; (5) le médicament doit être présumé innovant, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.

[264] 253 demandes d'autorisation d'accès précoce ont été reçues. Sur les 125 décisions rendues depuis le 1er juillet 2021, il y a eu 27 décisions défavorables, dont 13 en cancérologie, et 98 favorables, dont 49 en cancérologie.

2 - Les prix des tests moléculaires à harmoniser, des financements à clarifier

Pour apprécier la pertinence d'une thérapie ciblée puis y recourir à bon escient, il est nécessaire de connaître au préalable avec précision les caractéristiques de la tumeur. Des tests moléculaires permettent, dans certains cas, d'identifier la présence d'une anomalie génétique dans les cellules cancéreuses du patient et d'adapter le traitement.

En 2020, l'Institut national du cancer indiquait que 85 000 patients depuis 2006 avaient bénéficié de ces tests, effectués par des plateformes de génétique moléculaire. En 2022, plus de 537 000 tests ont été réalisés, dont parfois plusieurs par patient, pour une dépense totale de 70 M€[265]. Ces tests ont presque triplé depuis 2017.

Le prix facturé pour l'ensemble des actes d'analyse moléculaire des établissements hospitaliers pratiqués sur des patients atteints de cancers ou d'autres pathologies, est couvert à hauteur de 50 % par une enveloppe de l'assurance maladie (493 M€ en 2022). L'autre moitié est financée par les hôpitaux, avec le risque d'une réduction du nombre de tests pratiqués en fonction de leur capacité à les financer, aux dépens de la bonne prise en charge des patients concernés.

Selon les recommandations des sociétés savantes[266], la majorité des cancers détectés au stade métastatique devrait faire l'objet d'un test moléculaire, concernant environ 230 000 patients par an, en France. Le surcoût additionnel peut être estimé à 330 M€ par an dont, à cadre constant, 165 M€ à financer sur les fonds propres des hôpitaux.

Une clarification du mode de financement des tests moléculaires apparaît donc souhaitable. Il pourrait s'agir, sur le modèle de la liste en sus, de leur prise en charge intégrale par l'assurance maladie, dans l'attente de l'inscription sur la nomenclature des actes de biologie.

---

[265] Les tests moléculaires sont financés par l'assurance maladie et leur gestion repose sur le même principe que la liste en sus des médicaments : le référentiel des actes innovants hors nomenclature, créé en 2015, permet de les prendre temporairement en charge avant leur éventuelle inscription sur la nomenclature des actes de biologie.

[266] F. Mosele et al., Recommendations for the use of next-generation sequencing (NGS) for patients with metastatic cancers: a report from the ESMO Precision Medicine Working Group, *Annals of Oncology*, 2020.

Au préalable, des études cliniques et médico-économiques devraient objectiver l'intérêt de ces tests pour les choix de thérapies[267] et les bénéfices procurés aux patients. Certaines études soulignent que ces tests renforceraient la pertinence des soins en évitant certains traitements[268] ou des tests successifs moins performants mais moins onéreux pour les hôpitaux[269]. Les systèmes d'information des données de santé des hôpitaux devraient aussi être modifiés pour en assurer le suivi[270].

Enfin, les écarts de prix des tests moléculaires varient du simple au double selon les plateformes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a rendu obligatoire un avis de la HAS avant l'inscription provisoire sur la liste d'un nouveau test. Parallèlement à cet avis, il serait utile que des études de coût systématiques soient réalisées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, sur la base desquelles des tarifs opposables seraient fixés.

3 - Un maillage hospitalier dense mais peu spécialisé

L'offre de soins en cancérologie est assurée par 865 hôpitaux et cliniques privées, autorisés par les agences régionales de santé. Grâce à cette organisation, 77,5 % des patients bénéficient d'un temps de parcours vers l'établissement le plus proche de moins de 30 minutes[271]. Contrepartie de ce maillage fin, le parcours de soin est peu gradué, en dépit des tentatives des pouvoirs publics.

Une circulaire prévoyait en 1998 la création de filières de soins reposant sur un échelonnement des établissements entre « *sites de référence, sites orientés et structures de soins associées aux prises en charge de proximité* »[272]. Seuls les sites de référence devaient être chargés de dispenser des soins de haute technicité pour des patients présentant des pathologies complexes ou rares. Faute de désignation des établissements

[267] La Haute autorité de santé a récemment publié une étude sur l'utilité de la signature génomique pour le cancer du sein.
[268] Rapport d'évaluation de la HAS, *Actualisation 2023 : utilité clinique des signatures génomiques dans le cancer du sein RH+/HER2- de stade précoce*, octobre 2023.
[269] Groupe de travail Unicancer et Ligue contre le cancer, *Accès aux tests génétiques en oncologie*, février 2021.
[270] Les laboratoires de biologie et les hôpitaux effectuent des remontées d'informations sur des tableaux séparés.
[271] INCa, *Proposition d'évolution des critères d'agrément des établissements de santé pour le traitement du cancer*, avril 2020, pour la période 2015-2017.
[272] Circulaire DGS/DH/AFS n°98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.

concernés par les agences régionales de santé, cette organisation n'a jamais été mise en place.

Une réforme des autorisations d'activité, entrée en vigueur en 2023, repose sur des seuils d'activité plutôt que sur la répartition des établissements selon leur niveau d'expertise : l'autorisation est conditionnée au traitement annuel d'au moins cent patients par voie intraveineuse. Ces seuils restent peu pertinents en matière de qualité des traitements anti-cancéreux car l'expertise des équipes soignantes prime sur leur activité comme le reconnait l'Institut national du cancer.

Pour l'administration de cellules CAR-T, il a été décidé de faire prévaloir l'expertise des équipes et leur équipement technique : 28 établissements, répondant à des critères stricts, ont été habilités par les agences régionales de santé, en application d'un arrêté du 19 mai 2021.

Pour les cancers rares, les établissements de référence définissent les stratégies diagnostiques et thérapeutiques à appliquer au sein de réunions de concertation pluridisciplinaires, le traitement étant ensuite mis en œuvre par des établissements de proximité. Ce modèle pourrait être étendu aux traitements par des anti-cancéreux innovants, après étude de son opportunité et de sa faisabilité par l'Institut national du cancer.

II - Des mécanismes de régulation à repenser pour limiter l'envolée des coûts

Le coût des médicaments anti-cancéreux progresse rapidement pour l'assurance maladie, avec des perspectives préoccupantes à terme (A). Pour rendre cette progression plus soutenable sans remettre en cause les progrès thérapeutiques au bénéfice des patients, il est nécessaire de mieux coordonner les instruments dont dispose le ministère afin de rémunérer les innovations au juste prix en fonction de leur efficacité clinique réelle (B) en tenant davantage compte de leur bilan coûts-avantages (C).

A - Une augmentation préoccupante des dépenses

Les dépenses en matière de traitements anticancéreux, déjà élevées, sont en progression constante, ce qui pose la question de leur soutenabilité pour les finances publiques.

1 - Des traitements plus coûteux que les traitements classiques

Selon la caisse nationale d'assurance maladie, le coût moyen d'un traitement anti-cancéreux est de 14 580 € par an pour un cancer actif, soit la prise en charge la plus élevée après l'insuffisance rénale chronique terminale (40 086 €). Ce coût comprend celui des médicaments anti-cancéreux, qui présente de fortes disparités : pour les dix molécules les plus courantes, les montants varient de 3 000 € à 27 500 € annuels.

Pour certains médicaments, le coût est encore plus élevé. Il atteint 72 000 € par patient et par an pour le pembrolizumab[273]. La perfusion unique de cellules CAR-T coûte entre 300 000 et 400 000 € hors coût organisationnel pour l'établissement, qui fait l'objet d'un complément forfaitaire de tarif.

L'expertise développée en France par certains centres experts, comme l'institut Gustave Roussy ou l'institut Curie, pourrait être mise à profit pour produire des cellules CAR-T.

Favoriser les essais et la production de cellules CAR-T par les hôpitaux

Les cellules CAR-T ont un prix d'achat élevé, du fait notamment de leur mode de production : les lymphocytes du patient sont prélevés, congelés et envoyés à l'étranger où ils sont génétiquement modifiés avant une nouvelle congélation et un retour en France à l'hôpital où ils sont injectés au patient.

La France pourrait s'inspirer d'exemples étrangers. Une équipe académique espagnole a obtenu en février 2021 une autorisation de commercialisation pour une CAR-T développée et produite au sein d'un hôpital à Barcelone, avec des économies considérables : le prix d'une dose y est de 89 290 €, contre 327 000 € en prix facial pour un médicament commercialisé en France[274]. L'intérêt économique d'une telle production est toutefois débattu au regard de ses contraintes techniques et de ses coûts de développement[275].

[273] Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 29 mai 2018, étude de l'organisation professionnelle des entreprises du médicament.
[274] L'Agence européenne des médicaments (EMA) est en cours d'évaluation de l'expérience de l'Espagne afin de statuer sur la dérogation au recours à l'AMM centralisée applicable à ce type de produits.
[275] Voir par exemple la séance du 23 janvier 2024 de l'Académie nationale de médecine consacrée aux cellules CAR-T.

2 - Un fort dynamisme des coûts depuis 2017

Pour analyser la dépense, la Cour a retenu le périmètre des médicaments anti-cancéreux relevant de la « liste en sus ». Les médicaments inscrits sur cette liste font, en raison de leur coût et de leur caractère innovant, l'objet d'un remboursement spécifique par l'assurance maladie aux hôpitaux : 72 médicaments anti-cancéreux bénéficiaient de ce mécanisme en 2022. Ils comptaient pour 37 % des molécules de la « liste en sus » et pour plus de 70 % des dépenses[276]. Leur coût a doublé entre 2018 et 2022, ce qui s'explique pour moitié par l'augmentation du nombre de bénéficiaires (effet-volume) et pour l'autre par la hausse du coût de la prise en charge (effet-prix).

Graphique n° 33 : évolution des dépenses de médicaments de la « liste en sus » (en Md€)

Note : Dépenses brutes, hors remises, remboursées d'assurance maladie, France entière
Source : Scan santé (ATIH), PMSI (INCa)

Après déduction des remises versées à l'assurance maladie par les entreprises pharmaceutiques[277], la Cour a estimé la dépense nette pour l'assurance maladie à 2,4 Md€ en 2022, en augmentation de 50 % par rapport à 2018.

Les coûts de ces traitements fragilisent le fonctionnement de la « liste en sus », en principe réservée au financement temporaire et

[276] Les plus coûteux sont le pembrolizumab (1,1 Md€ en 2021) et le daratumumab (479 M€ en 2021).
[277] Il existe plusieurs types de remises négociées entre les entreprises pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé. Elles viennent en déduction du prix facial du médicament, publié au journal officiel, pour former un prix net, tenu confidentiel, effectivement supporté par l'assurance maladie.

dérogatoire de médicaments innovants avant qu'ils ne soient intégrés dans les tarifs d'hospitalisation. Depuis 2018, en raison des médicaments anti-cancéreux, les dépenses de ce poste budgétaire ont systématiquement dépassé l'enveloppe qui leur est allouée dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté par le Parlement.

Une « liste en sus » fragilisée par le coût des médicaments anti-cancéreux

Créée pour favoriser la prise en charge de médicaments innovants, la « liste en sus » permet leur financement intégral pour les hôpitaux. Leur inscription est conditionnée par leur caractère innovant, déterminé par l'amélioration du service rendu, et leur radiation, par un écart devenu inférieur à 30 % entre leur prix et les tarifs des prestations dans lesquelles ils peuvent être administrés[278].

Les médicaments anti-cancéreux, en raison de leurs prix élevés, restent durablement inscrits sur la liste, ce qui ne correspond pas à l'objectif de la « liste en sus » : des sorties régulières doivent permettre de nouvelles entrées. L'arrivée de nouveaux médicaments encore plus performants ne conduit pas à leur radiation, sauf demande de réévaluation à l'initiative de la commission de la transparence ou du ministre chargé de la santé[279].

Ces difficultés ont été accrues par la décision prise en 2021 d'ouvrir la « liste en sus » aux médicaments ayant un niveau d'innovation qualifié de mineur par la HAS (niveau IV)[280] afin d'accélérer l'accès des patients à ces traitements. Sur vingt-cinq anti-cancéreux inscrits en 2022, cinq relevaient de cette catégorie. Cet élargissement de la « liste en sus », au coût élevé, conduit à s'interroger sur la logique qui préside désormais à sa composition.

Si les dépenses de médicaments anti-cancéreux poursuivaient le rythme de progression constaté entre 2018 et 2022, elles passeraient de 2,4 Md€ en 2022 à 7 Md€ en 2028 après remises, soit 7 % de la totalité des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie.

[278] Article R162-37-2 du code de la sécurité sociale.
[279] Décret n° 2020-1090 du 25 août 2020.
[280] Jusqu'en 2021, la liste en sus était réservée aux médicaments présentant une innovation majeure (I), importante (II), modérée (III) et à ceux présentant une innovation mineure (IV) si l'indication considérée présentait un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur pertinent. Le décret n° 2021-1614 du 9 décembre 2021 a supprimé ces conditions.

B - Des outils d'évaluation clinique à faire évoluer

Dans leurs négociations avec les entreprises pharmaceutiques, les pouvoirs publics s'appuient sur des évaluations cliniques et médico-économiques. Les caractéristiques des médicaments innovants limitent la pertinence de ces évaluations et incitent à en adapter les modalités.

1 - Un dispositif remis en cause par les nouvelles molécules

Le développement rapide des médicaments innovants pose deux défis au dispositif d'évaluation de leur efficacité thérapeutique : la solidité de la preuve de l'efficacité de la nouvelle molécule et le nombre de patients inclus dans les essais.

Le principe des évaluations de la HAS est fondé sur la comparaison du nouveau médicament à la pharmacopée existante. Il faut donc identifier un comparateur cliniquement pertinent et disposer de données suffisantes en nombre et en qualité pour porter une appréciation valable.

Ces méthodes sont adaptées à des médicaments indiqués pour un grand nombre de patients, arrivant à un rythme lent dans un environnement stable. Elles le sont moins pour les anti-cancéreux, qui lui sont soumis à une phase précoce des essais, sur un nombre restreint de patients concernés par une anomalie moléculaire.

Il peut donc s'avérer impossible avec les méthodes actuelles de conclure à une amélioration du service médical rendu, ce qui a des conséquences sur la mise sur le marché de ces médicaments et sur le prix auquel peut prétendre l'entreprise pharmaceutique. Certaines entreprises ont choisi de ce fait de ne pas commercialiser leur produit en France, comme cela a été le cas pour Carvykti®, médicament indiqué pour les myélomes multiples en rechute et réfractaires aux autres traitements[281].

En février 2023, la HAS a révisé sa doctrine pour mieux prendre en compte les situations dans lesquelles la valeur ajoutée du médicament ne peut pas encore être évaluée. Elle précise alors les données complémentaires attendues pour réévaluer les conditions de l'amélioration du service rendu.

[281] Carvykti® a bénéficié d'une autorisation d'accès précoce le 23 juin 2022. La commission de la transparence a évalué le 23 novembre 2022 qu'il procurait une amélioration du service médical rendu inexistante (ASMR V), ce qui a conduit le laboratoire à retirer son produit du marché français en mars 2023. Il n'est pas non plus commercialisé en Angleterre pour les mêmes raisons.

Dans le cadre d'essais reposant sur un nombre restreint de patients relevant d'une même anomalie moléculaire, la HAS accepte de recourir à des comparaisons indirectes, qui apprécient l'efficacité du nouveau traitement et du traitement existant en recourant à un comparateur commun, le plus souvent un placebo. Comme le souligne la HAS, cette reconnaissance ne remet pas en cause l'objectif de disposer de résultats sur des cohortes de patients plus étendues.

2 - Un indispensable recueil national des données en vie réelle

Pour résoudre ces difficultés sans remettre en cause l'accélération de la mise à disposition des nouvelles molécules aux patients, une solution consiste à étudier *a posteriori* leur intérêt en observant leur efficacité « en vie réelle »[282]. Pour y parvenir, des dispositifs de recueil d'information sont indispensables.

Ces recueils d'information, complémentaires des données d'essais cliniques, permettent d'observer dans la population traitée à l'hôpital si les conditions des essais sont vérifiées (prescription, dosage) et si les résultats obtenus sont cohérents avec ceux des essais. Ils couvrent des populations plus importantes sur des durées de prescription plus longues, ce qui peut contribuer à mettre en évidence les effets à long terme d'un traitement, notamment d'éventuels effets indésirables, et à établir des comparaisons entre traitements.

Or, contrairement à plusieurs pays européens, la France ne dispose pas de registre national permettant de suivre en vie réelle les innovations thérapeutiques des médicaments anti-cancéreux et leurs résultats[283], hormis celui existant pour les traitements par cellules CAR-T.

Le suivi en vie réelle dans certains pays européens

En Espagne, un réseau de registres a été créé en 2010 afin de fournir aux autorités sanitaires et à la communauté scientifique des résultats sur l'incidence, la survie et la prévalence du cancer. Une base de données commune aux différents registres garantit la qualité des données et leur mise à jour.

[282] Les études en vie réelle analysent les effets des médicaments administrés (non-toxicité, tolérance, efficacité) dans la pratique courante. Elles se distinguent des essais cliniques.
[283] En 2023, 33 registres partiels étaient dénombrés par la direction générale de la santé : 19 registres généraux couvrant 24 départements, dont 5 outre-mer, et 14 registres spécialisés dans le recensement de cancers localisés dans des organes spécifiques.

Le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède disposent depuis 2003 d'un registre commun dénommé Nordcan. Celui-ci contient des données sur tous les cancers pour l'information, la planification, le contrôle qualité et la recherche en cancérologie.

Le coût de fonctionnement annuel d'un registre limité à un seul médicament peut être estimé *a minima* à 200 000 €[284], avec des écarts importants. Celui d'un registre commun des médicaments de la « liste en sus » les plus onéreux serait beaucoup plus coûteux. Il permettrait toutefois un suivi plus strict des conditions dans lesquelles ces médicaments doivent être indiqués. Pour limiter la dépense totale occasionnée, les entreprises pharmaceutiques pourraient, en contrepartie de l'inscription de leur molécule sur la liste, être appelées à contribuer au financement du registre.

C - Une gamme des outils de régulation à enrichir

Les évaluations médico-économiques sont limitées du fait des méthodologies utilisées. Les pouvoirs publics disposent de différents moyens pour négocier les prix des médicaments. Les outils d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins doivent être mis au service de la qualité de la prescription.

1 - Mieux utiliser les évaluations médico-économiques à l'appui des négociations de prix

Un avis médico-économique est sollicité lorsqu'une nouvelle molécule est réputée apporter une amélioration du service médical rendu majeure, importante ou modérée, qu'elle est susceptible de modifier l'organisation des soins ou les pratiques professionnelles et d'avoir des conséquences significatives sur les dépenses d'assurance maladie. La commission d'évaluation économique et de santé publique (Ceesp) rattachée à la HAS rend ces avis, aussi destinés à servir d'appui à la négociation des prix.

L'évaluation médico-économique prend en compte les coûts induits pour l'assurance maladie, mais aussi les économies possibles, par exemple grâce à un meilleur usage du système de soins ou à une amélioration de l'état de santé des patients. En permettant de mieux anticiper les conséquences financières de l'arrivée de nouveaux médicaments, elle

[284] Selon le ministère de la santé, le coût de fonctionnement des 33 registres français est de 7 M€, mais celui du registre Descar-T est d'environ 2 M€.

constitue, pour le décideur public, une aide complémentaire à l'amélioration du service médical rendu.

Les conditions d'élaboration de ces études en réduisent cependant la portée. En France, contrairement à l'Angleterre et au Pays de Galles, la Ceesp examine les dossiers d'évaluation déposés par les industriels et juge de leur méthodologie, sans réaliser de travaux par elle-même.

Le National institute for health and care excellence (Nice) : un acteur essentiel de l'évaluation de l'efficience

Le Nice est une agence administrative indépendante créée en 1999, placée auprès du ministère de la santé d'Angleterre et du Pays de Galles, chargée d'évaluer l'efficience des produits de santé.

Une fois le dossier soumis, un groupe académique indépendant d'experts, cliniciens et économistes de la santé, évalue le dossier. Il transmet son rapport à un comité indépendant d'évaluation, qui produit un avis sur son utilisation. Ce recours à des groupes externes, qui place le Nice en arbitre, est l'une de ses spécificités.

Le Nice compte 723 agents et dispose de conventions de partenariat avec neuf centres universitaires indépendants et organismes de recherche[285], soit environ 3 000 experts indépendants (médecins, épidémiologistes, statisticiens, économistes, patients). Par comparaison, le service d'évaluation du médicament de la HAS emploie 35 équivalents temps plein plus une cheffe de service et trois adjoints pour les évaluations cliniques et médico-économiques.

La qualité insuffisante des dossiers médico-économiques réalisés par les entreprises pharmaceutiques peut, le cas échéant, empêcher la Ceesp de se prononcer sur le fond. Ces situations sont fréquentes : entre 2017 et 2022, 38 % des dossiers de médicaments anti-cancéreux évalués ont été invalidés pour cause de réserves majeures portant sur la méthode employée et donc sur la confiance dans les résultats présentés.

[285] Rapport annuel 2021-2022 du Nice: Universités d'Aberdeen, Liverpool, Sheffield, York, Exeter, Southampton, Warwick, Kleijnen Systematic Reviews Ltd, BMJ Group.

2 - Rendre systématique l'utilisation d'un indicateur d'efficience

Pour rendre compte de l'efficience du médicament, la Ceesp utilise un indicateur appelé ratio différentiel coût-résultat[286], qui détermine le différentiel de coût et de résultat clinique avec un médicament comparable existant. Dans le cadre juridique actuel, ce ratio est un critère parmi d'autres dans la négociation du prix. Dans d'autres pays, il est utilisé comme critère de décision, entraînant le refus ou l'acceptation de la prise en charge d'un médicament par la collectivité. En Angleterre, un intervalle entre 20 000 £ et 30 000 £ par année de vie gagnée en bonne santé est utilisé comme seuil de référence pour accepter la prise en charge du médicament par le système de santé. Un fonds spécifique a été créé pour financer temporairement les anti-cancéreux qui dépassaient le seuil de 30 000 £[287].

Sans entrer dans une telle logique de seuils, le recours à des valeurs de référence par types de produits, régulièrement mises à jour, enverrait un signal sur le caractère excessif de la revendication de prix de certains médicaments. Ce signal aiderait le Comité économique des produits de santé dans ses négociations pour ramener les prix demandés par les entreprises pharmaceutiques dans des fourchettes acceptables pour la collectivité au regard de leur intérêt médico-économique.

3 - Fixer une trajectoire pluriannuelle aux négociations de prix

a) Une régulation reposant essentiellement sur les remises conventionnelles

Pour négocier les prix des médicaments avec les entreprises pharmaceutiques, le Comité économique des produits de santé s'appuie sur les avis de la HAS, essentiellement l'amélioration du service médical rendu, mais aussi, au cas par cas, sur des clauses de l'accord-cadre signé tous les trois ans avec l'organisation professionnelle des entreprises du

[286] Pour élaborer ce ratio, sont calculées séparément d'une part, la différence d'efficacité entre un nouveau médicament et un médicament comparable (mesurée en nombre d'années de vie gagnées en bonne santé) et, d'autre part, la différence de coût. La différence d'efficacité est ensuite rapportée à la différence de coût, ce qui donne une indication sur le coût d'une plus grande efficacité.

[287] Le Cancer Drugs Fund octroie un financement provisoire pour les médicaments sous réserve de certaines conditions, notamment l'existence d'une incertitude clinique qu'il est possible de réduire par une collecte de données.

médicament[288], sur des orientations ministérielles qui lui fixent des objectifs de négociation[289] et sur une doctrine issue de sa pratique.

Lors de ces négociations, le Comité économique des produits de santé et les entreprises pharmaceutiques s'accordent notamment sur des montants de remises, qui ne concernent que 6 % des médicaments remboursés mais quasiment tous les anti-cancéreux innovants. Le prix effectivement payé est donc plus bas que celui officiellement reconnu et publié.

Le montant des remises sur l'ensemble des médicaments de la « liste en sus » s'est élevé à 2,3 Md€ en 2022[290]. Ce montant a triplé entre 2018 et 2022 et a progressé encore plus rapidement pour les anti-cancéreux (3,6 fois selon les estimations de la Cour), ce qui a nettement contribué à freiner l'augmentation des dépenses. L'une des rares études sur le sujet, compte tenu du fait que les remises sont couvertes par le secret des affaires, va dans le sens d'une bonne capacité de négociation de la France. En 2016, les prix français sur un panier de 31 produits anti-cancéreux étaient inférieurs en moyenne de 17 % aux prix allemands et de 5 % aux prix italiens[291]. Assez ancienne, cette étude n'a pas pris en compte les introductions récentes[292].

Les remises représentent en moyenne 30 % du prix du médicament mais elles varient de 15 % à 80 % sous certaines conditions conventionnelles. Dans tous les cas, elles sont négociées indication par indication, au coup par coup, sans fixation d'un objectif pluriannuel fixant un cap. Face à l'ampleur des remises déjà négociées et à la dynamique des dépenses de médicaments anti-cancéreux, les contraintes du cadre de négociation risquent de peser davantage à l'avenir.

[288] Créé aux termes de l'article L. 162-17-13 du Code de la sécurité sociale.
[289] Les dernières orientations ministérielles datent du 19 février 2021.
[290] Ce montant concerne uniquement les remises effectuées sur les produits, hors autres types de remises (accès précoce, accès compassionnel, clause de sauvegarde).
[291] Vogler S, Vitry A, Babar ZUD. Cancer drugs in 16 European countries, Australia, and New Zealand, A cross-country price comparison study, *Lancet Oncol*, 2016.
[292] Selon une comparaison plus récente mais dont le champ couvre tous les médicaments sous brevet, les prix des médicaments en France seraient les plus faibles d'Europe après ceux de la Pologne et de la Grèce. Ils seraient inférieurs de 26 % à ceux du Royaume-Uni, 29 % à ceux de l'Italie et 37 % à ceux de l'Allemagne. Agence des prestations dentaires et pharmaceutiques, décembre 2020, *Comparaison de prix internationale 2020. Une analyse des prix pharmaceutiques suédois par rapport à 19 autres pays européens*, p. 97.

b) L'échec des contrats spécifiques aux médicaments innovants

Pour répondre à l'enjeu de maîtrise des dépenses des médicaments innovants, des contrats spécifiques ont été mis en place. Ils visaient à permettre une fixation du prix malgré un niveau de preuve insuffisant.

Le Comité économique des produits de santé a ainsi eu recours à des contrats dits « de prix conditionnels » pour accorder temporairement un prix à de meilleures conditions que celles qui auraient été justifiées par l'amélioration du service médical rendu à la date de la négociation. Toutefois, aucun des quatorze contrats signés n'a conduit à une réévaluation favorable et l'accord-cadre de 2021 n'y fait plus référence.

D'autres types de contrats, dénommés « contrats de performance », ont connu le même sort. Ils ont prévu une évolution du montant des remises en fonction d'indicateurs issus d'études en vie réelle. Leurs résultats ont été faibles. Alors que la démonstration en vie réelle d'une efficacité supérieure du produit n'a pas pu être apportée pour la plupart des médicaments concernés[293], cela n'a pas pour autant conduit le Comité économique des produits de santé à réévaluer le prix.

L'incapacité à mobiliser les données pharmaco-épidémiologiques des registres de santé publique, aujourd'hui trop éparses et insuffisamment développées, pour suivre l'impact réel d'un médicament sur plusieurs années[294], rend difficile le développement de ces contrats. La régulation des prix repose donc essentiellement sur les contrats de droit commun.

c) Des objectifs de négociation conventionnelle à redéfinir

La principale difficulté à laquelle fait face le Comité économique des produits de santé est le niveau élevé des prix sollicités par les entreprises pharmaceutiques lors de la négociation, sans pouvoir s'appuyer sur une évaluation médico-économique décisive en l'absence de valeurs de référence.

---

[293] Le CEPS ne recense qu'un seul cas (un traitement du myélome multiple) où le recueil de données a conduit à un maintien du prix en raison du succès du traitement.

[294] *Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé L'exemple du médicament*, Bernard Bégaud, Dominique Polton, Franck von Lennep, mai 2017.

Comme la Cour l'a déjà souligné[295], quel que soit le cas de figure, l'acceptation de prix élevés lors d'une première négociation sert durablement de référence pour les négociations futures. L'accord-cadre, qui permet en théorie un réexamen des prix, n'est pas automatique.

Pour concilier l'accès des patients aux médicaments innovants avec un prix adéquat, il pourrait être envisagé de fixer un prix pour une durée limitée, dans l'attente d'études d'efficacité clinique et médico-économique complémentaires. Le résultat de ces études donnerait lieu à une révision du prix.

La fixation d'un prix initial élevé pour les médicaments innovants est un obstacle à leur sortie de la « liste en sus », puisqu'elle compromet leur prise en charge ultérieure, dans des délais raisonnables, *via* les tarifs hospitaliers (*cf. supra*). Pour concilier les revendications des entreprises pharmaceutiques et l'objectif de régulation des prix, il pourrait être envisagé, pour certaines molécules, dès la première négociation, de décider une trajectoire pluriannuelle de baisse de prix visant à planifier leur sortie de la « liste en sus ». Les augmentations de volume liées aux éventuelles demandes successives d'extension d'indications confirmeraient cette orientation du prix à la baisse négociée initialement.

Ces différentes options pourraient être intégrées au futur accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et l'organisation professionnelle des entreprises du médicament, dont la négociation commencera en 2024.

[295] Cour des comptes, *La fixation du prix des médicaments des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer,* Ralfss 2017, chapitre VIII.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La vague d'innovations en cours en cancérologie, avec la mise sur le marché de nombreux médicaments innovants, présente des gains thérapeutiques importants pour les patients qui en bénéficient. Ces nouveaux médicaments permettent notamment de considérablement prolonger la vie des patients, y compris pour des cancers jusqu'alors à mauvais pronostic.

Pour autant, la fixation de leurs prix par les pouvoirs publics présente des défis importants en raison des montants élevés réclamés par les entreprises pharmaceutiques et des difficultés d'établir rapidement l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par rapport à la pharmacopée existante .Afin de surmonter ces difficultés, une régulation des dépenses fondée sur une appréciation plus exacte et plus large de l'efficacité et de l'impact des nouveaux médicaments est indispensable ; *elle devrait s'appuyer notamment sur les conditions d'utilisation et les résultats obtenus dans la vie réelle. L'évaluation médico-économique, aujourd'hui* indicative, *doit* également *être renforcée pour devenir un véritable outil de négociation.*

Mettre en œuvre ces procédures, déjà appliquées par certains autres pays, suppose une mobilisation vigoureuse des pouvoirs publics. Celle-ci est nécessaire pour préserver la capacité de notre système de santé à concilier durablement un accès rapide au progrès médical et la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Dans cette perspective, la Cour formule les quatre recommandations de politique publique suivantes :

18. *renforcer la capacité de la commission d'évaluation économique et de santé publique à produire des études médico-économiques indépendantes des laboratoires pharmaceutiques, en s'appuyant notamment sur les universités (Haute Autorité de santé) ;*

19. *en se fondant sur les études médico-économiques et en vue de la négociation du prix des médicaments, définir des valeurs de référence pour l'indicateur exprimant le rapport entre les différentiels de coût et d'efficacité entre un nouveau médicament et un médicament comparable existant (Haute Autorité de santé, Comité économique des produits de santé) ;*

20. *mettre en place un registre national de suivi de l'administration des médicaments anti-cancéreux, financé par une contribution des laboratoires concernés (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Institut national du cancer) ;*

21. *renégocier le prix des médicaments anti-cancéreux innovants lorsque des études, non disponibles au moment de la fixation du prix initial, montrent des résultats inférieurs à ceux attendus (Comité économique des produits de santé).*

Chapitre VII

Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées

PRÉSENTATION

Faisant suite à une demande formulée dans le cadre de la consultation organisée sur la plateforme de participation citoyenne ouverte sur son site, la Cour des comptes a conduit une enquête sur le l'intérim médical et la permanence des soins. L'enquête porte ici sur les emplois médicaux dans les hôpitaux publics, à l'exclusion des autres professions soignantes et des établissements privés[296].

Dans un contexte global de tensions quantitatives sur les ressources médicales, les hôpitaux publics font appel aux emplois temporaires pour assurer, en particulier, leurs obligations de continuité et de permanence des soins. Le recours à l'intérim médical a été conçu pour pallier des absences ponctuelles mais les solutions de remplacement ne relèvent pas du seul recours à l'intérim. Les hôpitaux publics emploient aussi des médecins sous contrat[297].

Au cours des vingt dernières années, le recours à des contrats s'est fortement développé et induit des conséquences dommageables de plus en plus patentes[298]*. Il traduit une fragilité structurelle de l'hôpital public et il pèse lourdement sur sa situation financière lorsque le recours aux emplois temporaires devient nécessaire pour assurer le fonctionnement courant et non plus pour répondre à des problèmes transitoires.*

L'ampleur du recours aux emplois temporaires, plus qu'aux intérimaires, et les conditions de rémunération des médecins concernés ont des conséquences préoccupantes (I). Les mesures de maîtrise des rémunérations ne suffisent pas à limiter les dérives (II). Des évolutions structurelles adossées à une recomposition territoriale de l'offre de soins sont à envisager à court terme (III).

---

[296] Cette focalisation s'explique par la complexité des questions abordées et ne signifie pas que les difficultés soient cantonnées au secteur public. Ainsi, les niveaux de rémunérations accordées aux médecins exerçant en établissement privé contribuent aux tendances constatées.

[297] Hormis les personnels hospitalo-universitaires, qui sont fonctionnaires d'État par leur fonction d'enseignement, les médecins hospitaliers sont soit des agents publics statutaires nommés à titre permanent, soit des contractuels, dont ceux recrutés pour répondre à une pénurie ou pour combler un poste vacant.

[298] Cour des comptes, *Les agents contractuels dans la fonction publique*, septembre 2020.

Définition et chiffres clés

Le terme d'intérim médical est souvent utilisé, à tort, pour désigner tous les médecins intervenant à l'hôpital pour compléter les plannings des services. Une telle terminologie laisse à penser que les dérives en matière de rémunération ne concerneraient que les missions d'intérim stricto sensu alors qu'elles peuvent être observées sur d'autres formes de contrat. Le présent chapitre examine ces diverses situations et utilise le terme général « d'emplois temporaires » pour les désigner de manière indifférenciée, même si les emplois ainsi occupés correspondent à des postes permanents dans l'organisation hospitalière.

Le nombre total des médecins hospitaliers, quel que soit leur statut, est de 100 000 en équivalent temps plein, soit 10 % des effectifs salariés du secteur. Ce nombre prend en compte 11 100 praticiens contractuels, mais pas les missions intérimaires.

Le total des dépenses de personnel médical dans les hôpitaux publics a été de 8,8 Md€ en 2022, en augmentation de 31 % par rapport à 2017.

Afin de compléter les analyses tirées de l'exploitation des données nationales, un échantillon de dix hôpitaux publics, sélectionnés dans trois régions avec les chambres régionales et territoriales des comptes, a été constitué. Ce panel d'observation a permis notamment d'analyser au plus près du terrain les pratiques en matière de recrutement de médecins contractuels et de construire une méthodologie d'évaluation des dépenses engagées pour compenser ou atténuer une pénurie de temps médical.

À partir de ces données, les dépenses engagées par les hôpitaux pour combler ou atténuer le manque de temps médical ont pu être estimées nationalement en 2021 entre 559 M€ et 662 M€ hors charges (entre 751 M€ et 904 M€ avec charges). Elles résultent de :

- la rémunération d'heures supplémentaires pour 321 M€ en 2021 (402 M€ en 2022) ;
- la surrémunération des contrats négociés en 2021, + 80 M€ par rapport à la rémunération moyenne d'un praticien hospitalier ; + 183 M€ par rapport aux plafonds réglementaires des médecins contractuels ;
- la facturation des mises à disposition de médecins par les entreprises de travail temporaire pour 157 M€ en 2021 (147 M€ en 2022).

I - Un recours accru et préoccupant aux emplois temporaires

Afin de compléter les effectifs médicaux des services, outre les intérimaires, les hôpitaux recrutent directement des médecins contractuels avec des montants de rémunération non réglementaires. Le développement important de ces contrats est problématique.

A - Un fort développement des heures supplémentaires et des contrats négociés

Limité à l'origine aux seules missions d'intérim, le recours à des contrats temporaires s'est généralisé, au point de concerner la plupart des activités hospitalières et non plus seulement les activités nécessitant une permanence des soins.

1 - Un recours limité à l'intérim médical au sens strict

Conformément aux dispositions de l'article L. 1251-1 du code du travail[299], seules les mises à disposition d'un médecin salarié par une entreprise de travail temporaire répondent à la définition de l'intérim médical. Celui-ci a été réglementairement conçu pour pallier un problème conjoncturel et doit être motivé par des nécessités liées à la continuité du service public[300].

Les dépenses d'intérim médical des hôpitaux publics s'élevaient en 2022 à 147,5 M€[301], en progression de 25 % par rapport à 2017, soit 2 % des dépenses totales de personnel médical. Selon Prism'emploi, fédération représentant les entreprises de travail temporaire, 17 000 missions ont été réalisées en 2022 soit, pour les médecins employés, une moyenne de 11 missions dans l'année, chacune d'une durée moyenne de 3,6 jours.

---

[299] Article L.1251-1 du code du travail : *« le recours au travail temporaire a pour objet la mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission. Chaque mission donne lieu à la conclusion : 1° d'un contrat de mise à disposition entre l'entreprise de travail temporaire et le client utilisateur, dit " entreprise utilisatrice " ; 2° d'un contrat de travail, dit " contrat de mission ", entre le salarié temporaire et son employeur, l'entreprise de travail temporaire. »*

[300] Circulaire du 3 août 2010 relative aux modalités de recours à l'intérim dans la fonction publique.

[301] Données de la direction générale des finances publiques (DGFiP)-et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), comptes financiers transmis par 96 % des hôpitaux publics en 2022.

Le coût d'une mission intérimaire englobe le coût de la recherche du médecin, de sa rémunération (y compris les charges patronales), des frais de gestion, la taxe sur la valeur ajoutée et la marge de l'entreprise d'intérim. Pour ces motifs, le coût de la prestation de service est très supérieur à la rémunération toutes charges comprises d'un médecin recruté directement par l'hôpital (entre 50% et 150% de plus).

Les données de Prism'emploi indiquent que 57 % des demandes d'intérim émanant des établissements ne peuvent pas être satisfaites, faute de candidats.

2 - Un développement accru des heures supplémentaires et des contrats de gré à gré

Parmi les moyens internes[302] mobilisés en priorité par les directions d'hôpital, figure le temps de travail additionnel[303], dénommé dans ce rapport « heures supplémentaires ». En 2022, la dépense s'élevait à 402 M€. Elle a quasiment doublé entre 2017 et 2022, et représente 5 % de la dépense totale de personnel médical en 2022[304].

En complément de ces moyens, les hôpitaux publics sont réglementairement autorisés à recruter des praticiens contractuels pour « *pallier une absence, en cas d'accroissement temporaire d'activité* » ou « *faire face aux difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire* ». Il s'agissait dans ce seul dernier cas de contrats de cliniciens, créés par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et mis en extinction à la fin de 2021.

Les praticiens contractuels et cliniciens, décomptés en équivalent temps plein rémunéré (ETPR), étaient au nombre de 8 976 en 2017 et de 10 896 en 2021 (+ 21 %). La dépense atteignait en 2021 un peu plus de 950 M€, en progression de 47 % par rapport à 2017.

[302] À défaut de pouvoir recruter des praticiens hospitaliers, les hôpitaux publics s'appuient sur d'autres catégories de médecins comme les assistants, les praticiens à diplôme hors union européenne et les étudiants en fin de formation, en particulier les internes et les docteurs juniors depuis le 1er novembre 2020.

[303] Les heures supplémentaires des praticiens hospitaliers sont décomptées au-delà de leurs obligations de service (48 heures lissées sur un quadrimestre, sauf pour les équipes fonctionnant en horaires continus). Elles peuvent donner lieu à récupération ou à indemnisation.

[304] Parmi les facteurs explicatifs, il convient de relever que l'indemnisation des heures supplémentaires a été majorée à titre exceptionnel entre mars 2020 et l'été 2022.

Graphique n° 34 : évolution des emplois temporaires de 2017 à 2022

Source : Cour des comptes à partir des données ATIH

La crise sanitaire n'a pas eu d'effet significatif dans cette progression. Le développement des emplois temporaires était antérieur et n'a ni régressé ni fortement augmenté en 2020 et en 2021. En effet, pendant la crise, l'offre de soins a été redéployée des services les moins exposés au bénéfice de ceux qui étaient le plus en tension[305].

3 - L'incidence prépondérante de la permanence des soins

La permanence des soins à l'hôpital se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés[306] .Elle se traduit par des gardes et des astreintes[307] pour les médecins concernés et implique souvent de recourir à des emplois temporaires, en particulier dans les établissements les plus en difficulté.

Selon les agences régionales de santé (ARS), les spécialités soumises à gardes et astreintes les plus dépendantes de l'emploi temporaire sont la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie.

[305] Cour des comptes, *Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise*, rapport public annuel 2021 – tome I.
[306] Circulaires de la DGOS du 24 février 2011 et du 1er aout 2011.
[307] La garde impose que le médecin reste sur son lieu de travail ; l'astreinte l'oblige à revenir sur son lieu de travail dans les meilleurs délais.

Un recours structurel aux emplois temporaires

ARS de Corse : la plupart des services de la région fonctionnent structurellement avec des contractuels temporaires et des intérimaires ;

ARS Bretagne : le taux de dépendance aux emplois temporaires des hôpitaux les plus en difficulté peut atteindre 100 % sur certaines gardes ;

ARS Centre-Val de Loire : l'effectif temporaire mobilisé par les obligations de la permanence des soins est évalué de 20 % à 30 % ;

ARS Bourgogne-Franche Comté : pour les spécialités en grande tension, les personnels temporaires ont couvert 97 % des besoins ;

ARS Nouvelle-Aquitaine : pour les 50 établissements les plus en difficulté, 20 % à 100 % des gardes et astreintes sont tenues par des contractuels rémunérés au-delà des plafonds ;

ARS Île-de- France : la situation semble moins préoccupante mais près de 15 % des gardes et astreintes sont assurées par du personnel temporaire.

La permanence des soins à l'hôpital comporte de nombreuses contraintes et suscite des positions contradictoires des établissements et des médecins eux-mêmes. Elle accentue la pénibilité des conditions de travail et contribue ainsi à la perte d'attractivité des spécialités concernées. Elle réduit le temps médical disponible en journée, ce qui peut aboutir à restreindre les consultations ou l'activité des blocs opératoires.

Les hôpitaux auraient donc intérêt à réduire le nombre de gardes mais elles constituent, pour eux un enjeu de reconnaissance de leur rôle en matière d'offre de soins sur les territoires. En outre, les indemnités de sujétion accordées en contrepartie constituent une part significative de la rémunération de certains praticiens et sont donc un levier financier pour les attirer et pour les conserver. Enfin, la transformation de gardes en astreintes peut être refusée par certains praticiens au regard des conséquences possibles pour la sécurité des soins.

En 2022, la permanence des soins à l'hôpital représentait 10 % des dépenses de rémunération des médecins des hôpitaux publics. Comme les chambres régionales et territoriales des comptes[308], l'inspection générale

[308] Par exemple, chambre régionale des comptes des Pays-de-la-Loire, *centre hospitalier de Cholet*, décembre 2021 ; chambre régionale des comptes d'Occitanie, *centre hospitalier Émile Borel de Saint-Affrique*, novembre 2022 ; chambre régionale des comptes de Normandie, *centre hospitalier de Dieppe*, août 2023.

des affaires sociales (Igas)[309] a alerté sur un risque d'utilisation détournée à d'autres fins que de répondre aux besoins d'accès aux soins du territoire.

D'autres spécialités sont également dépendantes des emplois temporaires comme la psychiatrie, la gériatrie, les soins de suite et de réadaptation, la réanimation ou encore diverses spécialités chirurgicales.

Plus encore que la spécialité, le facteur explicatif principal est celui de la taille de l'hôpital : plus il est petit, plus la dépendance aux emplois temporaires est élevée. En 2021, le taux de recours moyen était de 15 % mais il atteignait 30 % dans les hôpitaux de moins de 20 M€ de chiffre d'affaires et 6 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). La progression depuis 2017 a atteint huit points pour les petits hôpitaux, cinq points pour ceux dont le budget est compris entre 20 M€ et 70 M€ et un point pour les CHU.

Tableau n° 26 : taux de recours au personnel temporaire (2017-2021)

	2017		**2021**	
Catégories d'établissements[310]	**Intérimaires**	**Praticiens contractuels et cliniciens**	**Intérimaires**	**Praticiens contractuels et cliniciens**
CH<20M€	4 %	22 %	4 %	30 %
20M<CH<70M€	4 %	18 %	4 %	23 %
70M<CH<150M€	2 %	13 %	3 %	16 %
CH>150M€			1 %	12 %
CHU	1 %	5 %	1 %	6 %
Total	**2 %**	**11 %**	**2 %**	**13 %**

Source : Cour des comptes à partir des données DGFIP-ATIH

[309] Igas, *Rapport d'étape sur l'évaluation de la permanence des soins en établissements de santé*, mars 2021 ; *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter*, juin 2023.
[310] Classification des hôpitaux publics selon le montant total des produits inscrits au compte de résultat.

B - Des rémunérations non réglementaires devenues habituelles

La loi de l'offre et de la demande, qui conduit à augmenter le prix d'une ressource qui se raréfie, s'applique dans le champ de la santé. Les médecins contractuels disposent d'un pouvoir de négociation, quelles que soient la durée du contrat (une simple vacation, plusieurs semaines ou mois) ou la quotité de temps. Bien que conscients du caractère répréhensible du non-respect des plafonds réglementaires en termes de rémunération, des hôpitaux, préoccupés d'assurer la continuité des soins, consentent des dépassements qui peuvent être importants.

Les tarifs exigés par les médecins varient d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement et en fonction de la période travaillée (jour, nuit, période de fêtes), de la taille de l'établissement et de sa situation géographique. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique qu'en 2018 la rémunération nette perçue par médecin allait de 650 € la journée à 1 300 € pour 24 heures. En Aquitaine, plusieurs établissements ont proposé en anesthésie des missions de 24 heures pour plus de 2 700 € bruts.

Ces pratiques irrégulières étaient assumées avec plus ou moins de transparence. Des hôpitaux ont présenté à leur commission de surveillance[311] un état des lieux des rémunérations médicales non réglementaires. Beaucoup ont informé régulièrement les ARS des difficultés rencontrées et des conditions tarifaires accordées aux médecins.

Certains médecins exigent également la prise en charge de leurs frais de transport, d'un hébergement, de repas, voire de ménage, dépenses difficilement repérables qui peuvent représenter jusqu'à 230 000 € de janvier à juin 2023 pour un établissement de taille moyenne.

Dans 61 % des hôpitaux publics, la rémunération brute moyenne versée aux praticiens contractuels dépasse le plafond réglementaire. Le ratio baisse à 7 % pour les cliniciens avec un plafond beaucoup plus élevé[312]. Le diagnostic établi plus haut se confirme : en moyenne, plus l'établissement est petit, plus il paie un tarif élevé.

[311] La commission de surveillance composée de représentants des élus, des usagers et des professionnels de santé contribue à la définition de la stratégie, à l'évaluation et au contrôle de la politique hospitalière de l'hôpital.

[312] Depuis le 29 septembre 2020, le plafond réglementaire est de 58 227 € annuels pour les praticiens contractuels en contrats à durée déterminée, 148 516 € annuels pour les cliniciens hospitaliers.

Tableau n° 27 : nombre et proportion d'hôpitaux publics ayant accordé une rémunération brute moyenne supérieure au plafond réglementaire en 2021

Catégories	Nombre	Praticiens contractuels	En %	Cliniciens	En %
CH<20M€	346	181	*52 %*	11	*3 %*
20M€<CH<70M€	207	163	*79 %*	18	*9 %*
70M€<CH<150M€	107	72	*67 %*	14	*13 %*
CH>150M€	32	19	*59 %*	6	*19 %*
CHU	29	6	*21 %*	4	*14 %*
Total	721	441	*61 %*	53	*7 %*

Note de lecture : 181 centres hospitaliers de moins de 20 M€ de chiffre d'affaires, soit 52 % de ceux de la catégorie, surrémunèrent les praticiens contractuels.
Source : DGFiP/ATIH

La Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF), saisie à plusieurs reprises, a cherché un point d'équilibre entre le respect de la réglementation sur les rémunérations et la prise en compte des contraintes liées au manque d'attractivité des métiers et à l'obligation de continuité du service public. Selon les situations, elle a reconnu des circonstances atténuantes ou absolutoires[313].

C - Des dérives aux conséquences préoccupantes

Le développement des emplois temporaires pèse sur la situation financière des hôpitaux, fragilise le statut de praticien hospitalier, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

1 - Des évolutions coûteuses

Le surcoût financier induit par le dépassement des limites réglementaires peut être estimé à 183 M€ en 2021 (+ 72 % par rapport à 2017). En 2021, ces dépenses supplémentaires ont représenté 18 % des rémunérations des personnels concernés (10 % en 2017) et 2,2 % de la rémunération totale du personnel médical (1,6 % en 2017).

La taille de l'établissement joue : les centres hospitaliers dont le budget est inférieur à 70 M€ rémunèrent les praticiens contractuels 50 % de plus que les CHU. Pour les structures dont le budget est inférieur à 20 M€, l'écart atteint 62 %. Il est moins marqué pour les cliniciens hospitaliers (13 %).

[313]CDBF, *Centre hospitalier d'Ambert*, décembre 2006 ; Centre hospitalier de Fougères, avril 2009 ; *Centre hospitalier de Givors*, novembre 2016

Toutes les régions sont concernées. La proportion d'établissements qui dépassent les seuils réglementaires est particulièrement élevée en Corse (100 %), en Bourgogne-Franche-Comté (73 %), en Bretagne (70 %), en Grand-Est (67 %) et en Normandie (66 %).

Toutefois, des actions comme la transparence dans les pratiques tarifaires dérogatoires, avec la mise en place d'un observatoire des pratiques tarifaires, la signature d'une charte régionale, ou encore la mise en place d'un tarif « étalon » ont permis d'atténuer la concurrence. De rares hôpitaux ont pris la décision de privilégier le recours à l'intérim *stricto sensu* pour éviter tout risque de surenchère en leur sein.

2 - Un statut de praticien hospitalier fragilisé

Le nombre de contractuels mobilisés pour compenser ou pour atténuer un manque de médecins a augmenté de manière constante. Entre 2017 et 2021, leur part dans l'effectif médical total a progressé de 29 % à 33 %.

Les rémunérations des praticiens hospitaliers sont sensiblement inférieures à celles des médecins bénéficiant d'un contrat de clinicien, type de contrat aujourd'hui mis en extinction. Cependant, un nouvel écart, certes moindre, apparaît en faveur des médecins bénéficiant de nouveaux contrats.

Graphique n° 35 : évolution des rémunérations par type d'emploi entre 2017 et 2022

Note : rémunération hors charges, indemnités de sujétion de permanence des soins et heures supplémentaires.
Source : Cour des comptes à partir des données ATIH

Ces écarts engendrent un sentiment d'iniquité, voire du ressentiment chez les praticiens hospitaliers, qui subissent en outre, de ce fait, une instabilité de leurs plannings. Ceux-ci sont construits sous la contrainte d'assurer la continuité des soins, en tenant compte en priorité des disponibilités des contractuels. Les praticiens hospitaliers sont ainsi mobilisés sur les jours non comblés, ce qui constitue une inversion pernicieuse de la logique qui devrait prévaloir.

Les écarts de rémunération entre statuts pour un même travail induisent des effets concurrentiels délétères. Plusieurs indicateurs confirment la perte d'attractivité du statut de praticien hospitalier même si d'autres raisons peuvent jouer, comme le souhait de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. En dépit de créations nouvelles, le nombre de postes resté vacant à l'issue des tours de recrutement a été multiplié par 2,3 entre 2014 et 2022, passant de 3 271 à 7 541 et le nombre de praticiens hospitaliers en disponibilité, c'est-à-dire partis exercer ailleurs qu'à l'hôpital public est passé de 1 291 en 2012 à 5 561 en 2022[314].

3 - Un affaiblissement du travail en équipe, de la qualité et de la sécurité des soins

Ces évolutions ne sont pas sans conséquence : la progression des emplois non-pérennes engendre des équipes médicales plus instables et fragilise le fonctionnement des services. Par nature, l'intervention des contractuels ne s'inscrit pas dans la durée, ce qui ne facilite pas la construction d'un travail en équipe sur laquelle se fonde toute démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques de long terme.

Sans avoir fait l'objet, jusqu'à présent, d'études spécifiques, le recours aux emplois temporaires fait partie des causes profondes ou facteurs contributifs retrouvés lors de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins[315]. Ainsi, la Haute Autorité de santé (HAS) relève que s'agissant de la prise en charge des parturientes, la survenue d'événements graves est explicitement en lien, 42 fois sur 133, avec des personnels non-habituels.

Compte tenu de la forte progression de l'emploi temporaire, et afin de dépasser des approches empiriques, la mesure de son impact sur la qualité et la sécurité des soins pourrait faire l'objet de travaux. Cette mesure pourrait s'appuyer sur des dispositifs de la HAS comme

[314] Centre national de gestion, *Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel statutaires au 1er janvier 2022.*
[315] HAS, *Retour d'expérience national – Les événements indésirables associés à des soins*- 2021.

l'accréditation des médecins et des équipes médicales, le programme d'amélioration continue du travail en équipe, et leur portage par la certification des établissements de santé

II - Des corrections réglementaires qui manquent largement leur cible

Afin de corriger les dérives constatées, les pouvoirs publics ont d'abord rehaussé les plafonds réglementaires de rémunération puis renforcé les contrôles. Cette seule régulation par les tarifs, qui a introduit des effets d'aubaine non maîtrisés, n'a pas suffi pas à répondre aux conséquences de la pénurie durable de médecins.

A - Une mise en œuvre hésitante

L'encadrement des pratiques a peiné à trouver une traduction concrète.

1 - En 2017, une première tentative mise en échec

En 2017, le salaire maximal brut d'un médecin intérimaire mis à disposition par une entreprise de travail temporaire a été fixé à 1 170 € pour 24 heures[316]. L'objectif était de rendre l'intérim médical moins attractif que l'exercice sous statut. Les prestations de service facturées étant soumises aux règles de la commande publique, un encadrement renforcé de la dépense était escompté.

Cette réglementation n'a toutefois pas été respectée, en raison notamment du recours à des procédures d'urgence. Surtout, en ne ciblant que les mises à disposition par des entreprises de travail temporaire, elle n'a pas pris en compte le rapide développement des contrats négociés et a même concouru à leur progression.

[316] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017, instruction DGOS du 28 décembre 2017. Le montant plafonné ne comprend pas la rémunération des congés, le remboursement de frais professionnels et l'indemnité de fin de mission de 10 %.

2 - En 2021, un encadrement élargi et renforcé des rémunérations, mais ajourné

Tirant les conséquences de cet échec, l'article 33 de la loi n° 2021-52 du 26 avril 2021, dite loi Rist, a élargi le périmètre de la régulation aux contrats de gré à gré. Elle a renforcé la maîtrise du dispositif en confiant au comptable public la nouvelle mission de vérifier le respect des plafonds réglementaires.

Cette disposition législative devait s'appliquer à partir d'octobre 2021 mais elle a été reportée afin de limiter les risques pour la permanence des soins. Des travaux préalables ont été engagés pour disposer d'une carte précise du recours aux emplois temporaires par territoire. Ce report a mis en lumière la fragilité d'un pilotage du recours aux emplois temporaires sans données sur son ampleur, et donc sur les risques de rupture de soins.

3 - En 2022, la mise en œuvre de mesures complémentaires

L'article 33 de la loi Rist s'est inscrit dans un ensemble de mesures destinées à favoriser l'attractivité de l'emploi médical à l'hôpital. En particulier, un nouveau statut de praticien contractuel a prévu quatre motifs de recrutement, dont deux pour combler les besoins de temps médical.

Le « motif 1 » vise à répondre à des besoins ponctuels, à assurer le remplacement d'un médecin absent ou à faire face à un accroissement temporaire d'activité. La quotité de temps de travail peut être comprise entre une et dix demi-journées par semaine. La durée maximale du contrat est de deux ans. Le montant annuel brut ne peut excéder 71 163 € depuis le 1er juillet 2023, 58 227 € pour les anciens praticiens contractuels.

En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire, un contrat dit de « motif 2 » peut être proposé pour trois ans au maximum, la durée d'exercice au sein d'un même hôpital ne pouvant excéder six ans. Le nombre maximal, la nature et les spécialités de ces emplois sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'hôpital, validé par l'ARS. Les émoluments peuvent comprendre une part variable, subordonnée à la réalisation d'engagements particuliers et d'objectifs prévus au contrat de travail. Le montant annuel brut ne peut excéder 119 130 € pour un temps plein[317].

[317] Le motif 2 a été conçu dans la continuité de l'ancien contrat de clinicien, mis en extinction en 2021. Si la rémunération maximale du contrat de clinicien était plus

Les médecins, qu'ils soient praticiens hospitaliers ou contractuels, peuvent bénéficier en outre d'une prime de solidarité territoriale (PST)[318], lorsqu'ils effectuent des heures supplémentaires au-delà de 48 heures, dans un autre établissement que leur hôpital de rattachement. Le montant de cette prime, supérieur à celui d'une prestation d'intérim de même durée, doit contribuer à éliminer le recours aux emplois temporaires irréguliers et à l'intérim.

Tableau n° 28 : comparaison des montants de la PST et de l'intérim

		Rémunération brute pour 24H	Avec frais de gestion[319]
PST	du lundi au vendredi	1 441 €	
	samedi	1 575 €	
	dimanche ou jours fériés	1 709 €	
Intérim	à compter du 1er janvier 2020	1 170 €	2 340 €
	Du 29 mars au 31 décembre 2023[320]	1 389 €	2 780 €

Source : Cour des comptes

En parallèle, le nouveau statut de praticien hospitalier a interdit le cumul de cet emploi avec celui de praticien contractuel dans un autre hôpital public[321]. Cette règle limite la diversité des statuts auxquels les praticiens pouvaient auparavant recourir pour augmenter leur rémunération.

4 - En 2023, un contrôle accru sur un périmètre encore limité

Après de nombreuses hésitations, les pouvoirs publics ont décidé que seuls les prestations intérimaires et contrats conclus à compter du 3 avril 2023 entreraient dans le nouveau cadre légal. Ce faisant, ils ont limité le périmètre des contrats à contrôler et reporté le plein effet de la loi.

importante (148 516 €), le contrat de motif 2 autorise les jours de réduction du temps de travail et la réalisation d'heures supplémentaires. Il offre une protection sociale améliorée.

[318] Décret n°2021-1654 et arrêté du 15 décembre 2021.

[319] Hypothèse d'un coefficient multiplicateur de 2, correspondant à la facturation des charges, frais de gestion, marge et TVA.

[320] De manière dérogatoire, le montant initialement prévu étant de 1 211 € ; il a été porté à 1 411 € à compter du 1er janvier 2024.

[321] Article R. 6152-4 du code de la santé publique.

Afin de sécuriser l'offre de soins, les contrats ont été, avant cette date, renouvelés ou anticipés dans de nombreux hôpitaux aux anciennes conditions, plus avantageuses pour les médecins.

En outre, depuis la refonte du statut de contractuel, les nouveaux contrats sont enregistrés sur un seul et même compte de la nomenclature comptable et budgétaire[322], ce qui ne permet pas leur identification et donc, en aval, leur contrôle. Le comptable public reste tributaire de la transmission d'une liste déclarative des contrats soumis à son contrôle.

B - Des effets non maîtrisés

L'empilement des dispositifs donne la possibilité aux médecins de choisir le plus rémunérateur, ce qui crée des effets d'aubaine.

1 - Une prime de solidarité territoriale au bilan mitigé

La promotion de la prime de solidarité territoriale pour permettre à des praticiens hospitaliers de travailler dans des hôpitaux publics autres que ceux de leur rattachement et l'assouplissement de ses conditions d'octroi[323] ont conduit à une forte progression, depuis avril 2023, du nombre de conventions signées. Ce rythme est toutefois contrasté selon les régions. Selon le premier bilan de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à l'été 2023, la prime est très utilisée dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Bourgogne-Franche Comté et Grand-Est, peu en Île-de-France, en Corse et en Nouvelle-Aquitaine. Les spécialités pour lesquelles la prime est mobilisée sont celles soumises à la permanence des soins et aux tensions démographiques[324].

La mise en œuvre de la prime se révèle difficile pour les spécialités nécessitant des gardes, les tensions étant générales. L'ARS Grand-Est relève que seuls deux hôpitaux psychiatriques ont signé une convention, les autres la refusant au motif que la prime ne permettrait pas un engagement suffisant des médecins dans la durée.

La prime est décomptée au-delà de 48 heures par semaine, au risque d'une charge de travail insoutenable. Ces heures supplémentaires sont plus rémunératrices que celles réalisées dans l'hôpital de rattachement. Certains

[322] Le compte 642 37 « nouveaux praticiens contractuels ».
[323] Les ARS peuvent majorer son montant de 30 % au lieu de 20 % initialement.
[324] Anesthésie-réanimation, urgences, gynécologie-obstétrique pédiatrie, imagerie, médecine générale.

chefs de service, chefs de pôle et directeurs l'ont refusée à des praticiens afin d'éviter l'incongruité de les voir aider d'autres établissements, alors que le leur est déjà en difficulté.

Elle a des effets contreproductifs en matière de réorganisation territoriale de l'offre de soins car elle concurrence une autre prime, la prime d'exercice territorial, instaurée en 2017, qui vise à encourager un exercice multi-sites[325] dans le cadre de projets médicaux partagés.

Enfin, les possibilités de dérogations données aux ARS pour répondre avec souplesse à des situations spécifiques de tension, créent des effets concurrentiels dans les zones frontières régionales, sources d'iniquités. Les dérogations au critère du temps plein[326] peuvent susciter des passages à un exercice à temps partiel de praticiens désireux de bénéficier de rémunérations majorées, ce qui a conduit certains directeurs d'ARS à refuser les dérogations.

La dépense a été estimée à 66,5 M€ en 2021. La DGOS a considéré, au moment de la création du dispositif, qu'elle serait compensée par des économies sur l'intérim médical qui, à ce jour, n'ont pas été évaluées.

2 - Un recours fréquent au contrat de motif 2 : une réforme dévoyée

Les contrats de motif 2, désormais proposés par les hôpitaux en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire, engendrent eux-aussi des effets d'aubaine. Très attractive, la rémunération attire les nouvelles candidatures dans un rapport de force désavantageux pour les hôpitaux. Leur développement fragilise le statut de praticien hospitalier.

Depuis le 3 avril 2023, le nombre de contrats de motif 2 a beaucoup augmenté en Corse, en Bretagne, en Normandie et à La Réunion. Le rapport entre le nombre de contrats de motif 2 signés et le nombre total de praticiens hospitaliers varie de 1 % en Île-de-France, à 97 % en Corse.

Pour les établissements vulnérables, les contrats de motif 2 sont devenus le moyen privilégié pour recruter, aux conditions financières exigées par les médecins. L'ARS de Bretagne relève que la quasi-totalité de ces contrats atteint le plafond de rémunération.

[325] Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017, arrêté du 14 mars 2017. Il s'agit d'encourager l'organisation d'activités partagées de praticiens entre plusieurs établissements.
[326] L'autorisation d'une convention de PST à un médecin n'exerçant pas à temps plein n'est permise que par dérogation aux règles générales de la prime.

Les ARS dénoncent de nombreux effets pervers. Dans certains hôpitaux, ces contrats sont exigés par des praticiens à peine formés ou aussitôt leur autorisation d'exercice obtenue. Même si le contrat est, par définition, limité dans le temps, il est difficile d'imaginer un médecin rejoindre ensuite un statut de praticien hospitalier plus contraint et moins rémunéré. Des praticiens hospitaliers titulaires, moins bien rémunérés pour une expérience professionnelle plus importante, peuvent donc décider de démissionner ou de se placer en disponibilité pour pouvoir être recrutés sur des contrats de motif 2. Par ailleurs, ces contrats, plus souples, peuvent encourager les temps partiels et réduire *in fine* le temps médical disponible.

Les agences régionales de santé (ARS) regrettent, par ailleurs, que les conditions de recours à ces contrats n'aient pas été précisées. Leur durée minimale n'a pas été fixée dans le décret et la DGOS a autorisé une durée très courte de 48 heures, ce qui est contradictoire avec l'objectif de répondre à des tensions durables. Ces contrats s'apparentent donc à de l'intérim déguisé. D'autres ont été signés pour une durée de trois ans mais pour des quotités de travail réduites, telles que 24 heures par mois. Des effets concurrentiels sont constatés entre les régions, à l'opposé de la volonté initiale de la réforme.

En outre, les processus de validation par les ARS sont hétérogènes et ne garantissent pas un pilotage effectif[327]. Il conviendrait que les règles de recours à ces contrats (durée minimale, quotité de temps de travail, expérience et ancienneté des candidats, calcul de la part variable) soient définies de façon plus homogène et plus restrictive.

3 - Un recours au travail intérimaire indirectement encouragé

Le recours accru aux contrats de motif 2 a pour conséquence de détourner les médecins des contrats de motif 1 pour les remplacements de courte durée en raison de l'écart de rémunération, qui atteint presque 50 000 € par an.

Il conduit aussi, paradoxalement, à augmenter les dépenses d'intérim, ce que confirme le suivi des contrôles exercé par les comptables publics (15,5 M€ en août 2023 pour 0,55 M€ en avril). En effet, le défaut d'attractivité du contrat de motif 1 et la difficulté de les pourvoir conduisent les hôpitaux publics à revenir à des contrats d'intérim onéreux.

[327] La validation de l'ARS est parfois introduite *a posteriori* dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'hôpital. Une fois l'autorisation accordée, les avenants ne sont pas transmis aux ARS. Certaines ARS ont d'ailleurs fait le choix d'autoriser un nombre d'équivalent temps plein plutôt qu'un nombre de contrats.

Un hôpital interrogé a ainsi évalué le surcoût induit par le recours plus important à l'intérim au lieu de contrats de motif 1 à 290 500 € par an, pour 1 350 journées, soit l'équivalent de près de 2,5 postes de praticien titulaire. Les hôpitaux font face à des désistements de dernière minute, sans solution alternative.

C - Une forte instabilité et une fragilité persistante

Les moyens mobilisés ne suffisent pas à éviter la concurrence entre établissements, qui nourrit une spirale inflationniste, ni à desserrer le marché de l'emploi médical, durablement tendu.

1 - Des réductions d'activité ponctuelles et récurrentes malgré la priorité accordée au maintien de l'offre de soins

L'objectif pour le ministère, les agences régionales de santé et les hôpitaux, est d'encadrer les pratiques sans mettre à mal le système de santé. Des diagnostics territoriaux ont été engagés pour identifier les zones de tensions et les situations problématiques. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a demandé la mise en œuvre d'organisations alternatives ou dégradées, *via* la définition de plans de continuité d'activité territoriale qui détaillent les mesures à appliquer pour assurer l'activité en période de tensions. Une carte réalisée en décembre 2022, a été mise à jour régulièrement.

Les diagnostics territoriaux recensent les risques de rupture de l'accès aux soins par territoire et par hôpital. Le nombre de risques de fermetures totales de services[328] était estimé à 31 établissements en avril 2023 et 39 en août ; 111 fermetures partielles ont été anticipées en avril et 261 en août. Les difficultés se concentrent sur les centres hospitaliers généraux (51 % des fermetures totales et 47 % des fermetures partielles décomptées en août).

Sur les 18 spécialités recensées, les services les plus touchés sont les urgences et les maternités. Par exemple, l'activité de la maternité de Sarlat a été suspendue en avril et en octobre 2023 et les parturientes de celle de Guingamp ont été réorientées vers d'autres structures au printemps et en octobre 2023.

[328] Fermeture complète d'un service ou de la permanence des soins. Une fermeture partielle ne dure que quelques jours dans le mois ou conduit à la suspension de gardes ou d'astreintes.

Ces reports induisent une charge de travail supplémentaire dans les hôpitaux vers lesquels les patients sont réorientés, sans adaptation préalable de leur capacité de prise en charge.

Des services d'urgence particulièrement concernés par les réductions d'activité

Une enquête en ligne menée par Samu-Urgences de France indique que, entre le 1er juillet et le 31 août 2023, 57 % des services sondés ont signalé la fermeture d'au moins une permanence médicale. Parmi eux, 41 % ont fermé sur plusieurs jours, dont 44 % de manière continue, 41 % fréquemment et 15 % ponctuellement. La régulation de l'accès par le Samu a concerné 117 services, de jour comme de nuit dans 60 % des cas, et uniquement de nuit dans 40 %.

Par ailleurs, 147 services ont déployé des mesures de réorientation pour réduire le flux d'entrée, à 83 % vers la médecine de ville, mais aussi à 37 % vers d'autres services d'urgence.

Les fermetures de services ont touché 60 départements, avec maintien d'un accueil physique dans 80 % des cas ; 75 % n'ont fermé que la nuit ; 33 % ont procédé à des fermetures moins de cinq fois, 24 % entre cinq et dix fois, 43 % à plus de dix reprises.

Dans ce contexte, l'organisation de la permanence des soins devient plus difficile. Les plannings de présence médicale sont instables. Les décisions de réduction ou de suspension d'activité sont prises sous contrainte et dans l'urgence, sans analyse préalable de l'adéquation entre offre et besoins. Certains médecins peuvent se désister ou s'engager à la dernière minute. Ce fonctionnement est complexe à gérer et tend le climat social.

2 - Des mesures qui ne réduisent pas la pénurie de médecins

Les projections démographiques prévoient une stagnation des effectifs médicaux jusqu'en 2030, voire 2035, avant une hausse assez importante jusqu'en 2050[329]. Le marché de l'emploi hospitalier, pour ces raisons quantitatives et qualitatives, va donc rester durablement déséquilibré.

Le manque structurel de médecins sera aggravé par la progression des départs en retraite les prochaines années. Par ailleurs, l'exercice du métier se transforme, avec de nouvelles générations qui aspirent plus

[329] Dossiers de la Drees- n°76 – mars 2021. *Quelle démographie récente et à venir pour ls professions médicales et pharmaceutique ?*

souvent à mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle, acceptant moins les contraintes de disponibilité liées à la permanence des soins. L'exercice de remplacements dans les services hospitaliers peut être perçu comme une liberté de choisir la durée et la quotité du temps travaillé.

Le développement de l'exercice mixte

La possibilité de négocier sa rémunération, ses jours et périodes de travail concourt à l'attractivité des emplois temporaires. L'analyse des données, encore trop parcellaires et lacunaires, laisse à penser que le choix d'exercer comme intérimaire ou contractuel vient le plus souvent en complément d'une activité fixe.

Les données extraites des déclarations sociales nominatives (DSN) donnent une indication de la part de multi-activité dans l'emploi et la masse salariale des médecins hospitaliers : 40 % des médecins exerçant dans un hôpital public disposent d'un autre contrat de salarié. Outre les remplacements dans d'autres établissements, cette multi-activité concerne d'autres activités comme des expertises, des activités d'enseignement ou d'intérêt général.

III - Adosser les évolutions nécessaires à une réorganisation territoriale de l'offre de soins

Les pouvoirs publics n'ont pas inscrit la régulation des rémunérations dans une stratégie de réorganisation de l'offre de soins, qui permettrait de combler l'écart structurel entre les effectifs médicaux disponibles et les besoins de recrutement. La révision prochaine des schémas régionaux d'organisation de la permanence de soins devrait viser à réduire la dispersion de l'offre de soins, dans un souci de sécurité et d'efficience. À cet effet, il convient de donner aux hôpitaux les outils pertinents, pour exercer leurs missions dans le domaine des ressources humaines médicales, au service de la cohésion de l'offre. Pour conduire ces évolutions, la connaissance du taux de recours aux emplois temporaires et de ses conséquences sur la sécurité des soins constitue la clé de voûte du plan d'actions à engager.

A - Mieux organiser le déploiement de l'offre hospitalière

La réorganisation de l'offre de soins en fonction des besoins desserrera la contrainte en matière de gestion des ressources humaines et contribuera à l'amélioration des conditions d'exercice, ainsi qu'à la qualité et à la sécurité des soins.

1 - Une offre de soins encore insuffisamment pilotée

L'offre de soins reste guidée par l'objectif de maintien d'un maillage territorial important, qui, comme l'a relevé la Cour dans son rapport de 2017[330], induit un « *effet de saupoudrage expliquant en particulier le recours aux emplois temporaires et l'augmentation de la masse salariale des établissements et une non prise en charge des recommandations de bonnes pratiques* ».

Bien que le lien de causalité entre faible activité opératoire et risque accru pour les patients soit établi, la réorganisation des soins ne s'appuie pas suffisamment sur la définition de seuils d'activité, comme l'a rappelé la Cour à plusieurs reprises. Une vingtaine de maternités est ainsi toujours en situation dérogatoire au regard du seuil de 300 accouchements minimum annuels pour obtenir une autorisation d'activité d'obstétrique en 2022.

Or, le nouveau régime d'autorisation des activités de soins, défini par ordonnance en 2021[331], ne lie seuil d'activité et autorisation que de manière encore limitée, hormis pour quelques activités ciblées[332]. Le choix des pouvoirs publics reste de privilégier un dialogue renforcé avec l'agence régionale de santé en cas d'alerte donnée par les indicateurs de vigilance. Un encadrement plus strict des conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de soins éviterait de faire dépendre la réorganisation de l'offre de soins du volontarisme des hôpitaux et de leurs équipes médicales. En 2017, la Cour recommandait notamment, s'agissant des activités chirurgicales, de définir une prise en charge graduée des patients dans le cadre territorial, y compris pour la permanence des soins, ainsi que de concentrer l'offre de soins en réformant le régime des autorisations et en fixant par voie réglementaire des seuils d'activité par site géographique d'établissement.

---

[330] Cour des comptes, *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge*, Ralfss chapitre VI, septembre 2017

[331] Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 en application de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, « Ma santé 2022 ».

[332] Cancérologie, cardiologie interventionnelle, médecine nucléaire, d'imagerie diagnostique, de neuroradiologie interventionnelle, chirurgie bariatrique et chirurgie cardiaque.

2 - Définir une stratégie territoriale

Une connaissance plus transparente et mieux partagée des fragilités des hôpitaux, dont celle du taux de recours aux emplois temporaires, éclairerait les décisions à prendre pour soutenir les services qui doivent être maintenus afin d'assurer un accès aux soins dans des conditions de sécurité à renforcer.

Faute de propositions convaincantes en matière d'accès aux soins et de sécurisation des parcours de santé, les élus locaux défendent le maintien de l'offre au sein de leur territoire, sans connaître les conditions, en termes de coût et de sécurité des soins, auxquelles elle est maintenue. La fermeture d'un service ou d'une activité nécessite donc une préparation attentive et un accompagnement adapté.

Les plans de continuité d'activité territoriale ont permis de préparer et d'organiser des solutions alternatives. Ce travail préalable, s'il a été conduit à l'échelle des territoires et pas uniquement des hôpitaux, peut permettre de définir une stratégie de regroupement de l'offre de soins et de programmer sa mise en œuvre. Comme la Cour le recommandait en 2018 s'agissant des filières cardio-neurovasculaires[333], l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge doit guider la réorganisation de l'offre de soins au sein des territoires.

3 - Activer le levier de la réorganisation de la permanence des soins en établissements de santé

A l'appui des projets régionaux de santé, la révision des schémas régionaux de la permanence des soins constitue une opportunité à saisir pour réorganiser en profondeur le dispositif et définir le nombre de lignes d'astreintes et de gardes, de la manière la plus ajustée possible aux besoins du territoire, afin de reconstituer des équipes médicales de taille suffisante et de sécuriser leurs conditions d'exercice.

L'examen des schémas régionaux de santé montre que jusqu'alors peu d'astreintes ou de gardes ont été remises en cause du fait du manque de médecins. Les organisations en place sont davantage le fruit de reconductions historiques que d'une approche de collaboration ou de coopération territoriale. Les ARS devraient davantage s'appuyer sur la planification prévisionnelle des ressources, ainsi que sur la mise en relation

[333] Cour des comptes, *La lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires,* Ralfss chapitre VI, octobre 2018.

des niveaux de financement et d'activité, afin de déterminer le cadre d'évolution de la permanence des soins dans les hôpitaux.

La Cour[334] a recommandé par ailleurs de renforcer la robustesse des organisations de permanence des soins par une meilleure implication de tous les acteurs publics et privés et par la recherche d'une plus grande répartition des efforts, *via* un processus d'appel à candidatures lancé par les ARS.

L'Igas a, enfin, souligné les enjeux associés à la revalorisation financière des indemnités de permanence de soins[335] afin de renforcer l'attractivité de l'emploi médical hospitalier. Elle pourrait être conditionnée par la mise en œuvre de la réduction effective du nombre de lieux de réalisation de la permanence des soins et par la reconstitution d'équipes médicales de taille suffisante. Comme le rapport de l'Igas le suggérait, le respect d'un nombre maximal de gardes et d'astreinte par médecin complèterait ces évolutions.

B - Renforcer la territorialisation de l'offre de soins

Le regroupement des centres hospitaliers en groupements hospitaliers de territoires (GHT) devait permettre de « *mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »*[336]. Ces groupements manquent toutefois d'outils juridiques pour contribuer à la recomposition de l'offre territoriale.

1 - Encourager le déploiement des pôles territoriaux et des équipes partagées dans les groupements hospitaliers de territoires

La création de pôles territoriaux est structurante quand elle couvre tous les segments d'activité des établissements, comme le montre l'exemple du centre hospitalier de Verdun qui s'y est engagé dans son projet médical. Adossée à une gouvernance territoriale, elle a apporté des solutions d'organisation de l'offre de soins et a limité les inconvénients de la fermeture de la maternité de Bar-le-Duc.

[334] Cour des comptes, *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité*, septembre 2023.
[335] Igas, *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter. Répartition, soutenabilité et reconnaissance*, recommandations 25 et 27, juin 2023.
[336] Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

Autre exemple, le GHT de Loire-Atlantique a créé une équipe territoriale des urgences. Cette initiative, prise il y a une dizaine d'années offre aux médecins des hôpitaux partenaires l'avantage d'exercer en centre hospitalier universitaire (CHU) et à ceux du CHU d'exercer plus sereinement dans des sites où le niveau d'activité moins élevé permet d'équilibrer leur charge de travail. Le temps partagé est une condition posée dès le recrutement.

La création de tels pôles territoriaux est conditionnée par la constitution d'équipes médicales de taille significative, qui peuvent offrir des conditions de travail améliorées. Le développement des équipes territoriales qui découlerait de leur mise en place pourrait se traduire par l'inscription systématique de l'exercice territorial dans les contrats de travail, dès l'embauche.

2 - Intégrer la gestion des ressources médicales dans les groupements hospitaliers de territoires

Le législateur a rendu obligatoire depuis 2022 la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des GHT[337]. La réglementation prévoit toutefois de simples orientations stratégiques communes et non une coordination des recrutements par l'hôpital support, au profit des établissements parties.

Sur le plan pratique, la loi n'a pas imposé de mode opératoire précis, chaque GHT ayant le choix entre un modèle intégratif, favorisant la mise en place d'une direction des affaires médicales commune au sein de l'hôpital support avec des référents dans chaque établissement, et un modèle coopératif, consistant en l'animation du réseau des directeurs d'affaires médicales des établissements pour harmoniser ou rapprocher les processus de ressources humaines.

Les décisions relatives au recrutement de médecins, au recours aux contrats de motif 2 ou à la majoration de la prime de solidarité territoriale devraient relever d'une gestion territoriale des ressources humaines médicales dans le cadre de l'organisation de l'offre de soins : l'agence régionale de santé définirait ainsi un contingent de contrats de motif 2 et de primes de solidarité territoriale par GHT, lesquels seraient chargés de leur répartition entre les hôpitaux membres. Pour cela, la commission d'organisation de la permanence des soins, qui doit traiter des problèmes

[337] Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

liés à l'organisation de la répartition de l'offre de soins au sein des territoires, devrait être mutualisée à l'échelle du GHT.

Le GHT doit être d'une taille suffisante pour travailler sur les conditions de recrutement. La Cour recommandait déjà en 2020[338] une révision des découpages de ces groupements pour améliorer la cohérence de l'offre publique.

Plus généralement, les hôpitaux qui ont fusionné juridiquement ont davantage développé de projets structurants à l'échelle des territoires. À l'inverse, les seuls projets médicaux partagés ont eu, en général, peu d'effet sur la reconfiguration de l'offre de soins car ils se déclinent au sein de chaque hôpital, niveau où restent décidés les autorisations sanitaires, le recrutement et l'affectation des praticiens hospitaliers. Les commissions médicales de groupement[339] ont encore peu travaillé sur l'organisation de la répartition de l'offre de soins au sein des territoires et sur des orientations communes stratégiques en matière de recrutement.

Ces démarches s'inscrivent dans le temps long. La définition sans plus tarder d'une stratégie visant à définir, territoire par territoire, l'offre de soins à maintenir, les évolutions à engager sur les autres sites et leur programmation dans le temps, fourniraient aux GHT le cadre dans lequel inscrire leurs projets médicaux territoriaux.

C - Améliorer la connaissance des établissements les plus vulnérables

La connaissance du taux de recours aux emplois temporaires, détaillée par service au sein des établissements, est nécessaire pour guider les évolutions territoriales de l'offre de soins.

1 - Compléter des données fragmentées et lacunaires

La dispersion des données relatives à la gestion des praticiens hospitaliers ne permet pas à la direction générale de l'offre de soins ni aux agences régionales de santé de connaître l'état de l'effectif médical en

[338] Cour des comptes, *Les Groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020.
[339] La commission médicale d'établissement de groupement élabore la stratégie médicale et le projet médical partagé et participe à leur mise en œuvre.

temps réel, ni de disposer des informations nécessaires pour piloter la gestion des ressources humaines à l'échelle nationale et locale.

Malgré une définition statutaire de chaque catégorie de médecins, la saisie des informations administratives et de paie est loin d'être standardisée s'agissant de la dénomination des grades, des emplois ou des éléments constitutifs de la paie. Les informations relatives à la durée du travail ne sont pas systématiquement saisies. En l'absence d'outils de pilotage, la DGOS et les ARS procèdent par enquêtes, dont les réponses non exhaustives limitent la robustesse des données.

L'extraction des données des déclarations sociales nominatives, dont le déploiement est récent, devrait permettre de produire des données statistiques sur les emplois, qui éclaireront les décisions. Compte tenu d'une insuffisante normalisation dans les modalités de gestion et de saisie, elle nécessite toutefois des travaux préalables pour fiabiliser les analyses.

La connaissance du taux d'emplois temporaires constitue en effet une condition nécessaire à la mise en œuvre d'un plan d'action. L'organisation d'un recueil périodique extra-comptable du taux de recours aux emplois temporaires par chaque établissement devrait donc être rendue obligatoire.

En complément, il serait souhaitable que la nomenclature comptable puisse à nouveau distinguer les dépenses des contrats pour les motifs correspondant à des besoins de renfort des effectifs. En effet, depuis la réforme du statut de praticien contractuel intervenue en février 2022, ces contrats (motif 1 et 2) sont regroupés dans un seul compte d'imputation. Le contrôle qui incombe au comptable (*cf. supra*) dépend donc de la bonne transmission par l'ordonnateur de l'exhaustivité des contrats concernés.

2 - Améliorer la connaissance des établissements vulnérables

Le nombre de demandes de report de visites de certification, motivées par un contexte trop tendu en personnel ou de fermeture d'unités[340], confirme l'urgence qu'il y a à engager des analyses du recours aux emplois temporaires comme symptôme de difficultés plus générales, afin de pouvoir y apporter des solutions adéquates.

Or, les rapports de certification n'ont pas pour objectif, en l'état, de mesurer les conséquences du recours aux emplois temporaires sur la sécurité des soins. Les constats des experts-visiteurs se limitent en général à relier un niveau de qualité insuffisant, par exemple dans la traçabilité des

[340] 242 demandes de report ont été reçues en 2021 pour 413 visites programmées en 2021 et 2022 ; 172 en 2022 pour 796 visites programmées en 2022 et 2023.

informations dans le dossier du patient, au recours aux emplois temporaires, sans aller plus loin. Les taux d'emplois temporaires et de renouvellement des effectifs par services devraient être des indicateurs d'alerte pour la Haute Autorité de santé, la conduisant à analyser les fiches de signalement d'événements indésirables et les plannings de soins pour s'assurer si les risques sont réellement maîtrisés.

Plus généralement, le taux de recours aux emplois temporaires pourrait compléter les indicateurs de vigilance prévus par le nouveau régime d'autorisation des activités des soins[341]. Si ces indicateurs font apparaître un niveau d'alerte à analyser, le maintien ou le renouvellement de l'autorisation pourrait être subordonné à la participation du demandeur à une concertation avec l'ARS, portant sur la mise en place éventuelle de mesures correctrices.

[341] Décret n° 2021-974 du 22 juillet 2021 relatif au régime des autorisations d'activités des soins et des équipements lourds.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'article 33 de la loi du 26 avril 2021 a traduit la volonté du législateur de limiter les dérives constatées dans les hôpitaux publics en matière de rémunération des emplois temporaires et de tirer les enseignements de l'échec d'une première tentative de régulation en 2017. La meilleure maîtrise du respect de plafonds réglementaires revalorisés repose sur un contrôle renforcé, confié au comptable public, ainsi que sur un dispositif visant à développer la solidarité entre établissements.

Cette régulation par les tarifs a créé cependant des effets d'aubaine aux conséquences préoccupantes sans éviter les fermetures ponctuelles ou récurrentes de services. Des évolutions sont nécessaires à court terme. La Cour formule ainsi les quatre recommandations de gestion et la recommandation de politique publique suivantes :

22. *définir de manière plus restrictive les règles de recours à certains contrats temporaires (contrat de motif 2) (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
23. *définir une méthodologie visant à étudier l'effet sur la sécurité des soins du recours aux emplois temporaires, et adapter en cohérence le référentiel de certification des hôpitaux (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Haute Autorité de santé) ;*
24. *faire dépendre la revalorisation des indemnités de sujétion des gardes et astreintes de la mutualisation des ressources médicales au sein du territoire (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
25. *réintroduire les subdivisions comptables permettant de distinguer les différentes catégories de contrats. ; dès à présent, rendre obligatoire un recueil périodique du recours aux emplois temporaires par catégorie pour chaque établissement (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique ; ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
26. *contingenter les contrats d'emplois temporaires et les primes de solidarité territoriale par groupement hospitalier de territoires et confier à ces derniers le soin de les répartir entre les établissements qui en font partie (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

Chapitre VIII

La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes

PRÉSENTATION

La pandémie de covid 19 a mis en lumière les difficultés rencontrées par les hôpitaux dans la prise en charge des patients et a notamment conduit à s'interroger sur la pertinence de la politique de fermeture des lits menée au cours des deux précédentes décennies.

Entre 2000 et 2022, le nombre de lits a en effet baissé de 23 % pour l'ensemble des hôpitaux publics et privés[342]*. Cette réduction s'explique, pour moitié, par le transfert de lits de soins de longue durée de l'hôpital vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) avant 2013. Pour l'autre moitié, et surtout depuis 2013, elle a été favorisée par le progrès des techniques médicales, avec notamment une montée en puissance de la chirurgie réalisée en ambulatoire, sans que le patient passe la nuit à l'hôpital.*

La Cour a cherché à connaître l'évolution du nombre de lits depuis 2013 et ses motifs, en distinguant facteurs structurels et conjoncturels. À cette fin, elle s'est limitée aux périmètres de la médecine et de la chirurgie, hors obstétrique, et a analysé en particulier les trois plus importantes structures hospitalières publiques, l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), l'assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) et les hospices civils de Lyon (HCL).

Durant la dernière décennie, la réduction du nombre de lits de chirurgie et de médecine a été principalement causée par une politique incitative de développement de l'hospitalisation en ambulatoire dans un contexte financier contraint (I). Depuis le début de la crise sanitaire, elle est plutôt la conséquence d'une contraction subie des capacités d'accueil, du fait du manque de personnels soignants, situation qui conduit à s'interroger sur les meilleurs leviers pour répondre aux besoins de soins tout en garantissant des prises en charge de qualité (II).

[342] Cette évolution ne prend pas en compte l'augmentation en parallèle de l'activité d'hospitalisation à domicile.

Chiffres clés

En 2022, on comptait 374 290 lits hospitaliers, dont 46 % en médecine et chirurgie, 27 % en soins médicaux et de réadaptation, 14 % en psychiatrie, 8 % en soins de longue durée et 4 % en gynécologie-obstétrique[343]. Le graphique ci-après présente la variation de ce nombre entre les années 2000 et 2022 pour ces différentes disciplines.

Graphique n° 36 : évolution du nombre de lits total et par discipline

Source : Drees, SAE 2000-2022, traitement Cour des comptes

Entre 2000 et 2013, la baisse du nombre de lits de soins de longue durée représente les trois-quarts de la baisse totale du nombre de lits. Elle est le résultat d'une transformation de lits hospitaliers en places d'Ehpad.

Depuis 2013, l'évolution est principalement due à la suppression de lits de chirurgie.

[343] Données issues de la statistique annuelle des établissements (SAE) 2000-2022, hors hospitalisation à domicile. Cette statistique est une enquête administrative et obligatoire réalisée annuellement par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la santé auprès des hôpitaux pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, équipements et personnels.

I - Les fermetures de lits, une stratégie volontariste aux effets mal évalués

Le virage ambulatoire, caractérisé par le développement de l'hospitalisation sans nuit et par la réduction des durées de séjour, a constitué un progrès en termes d'organisation et de qualité des prises en charge. Sa mise en œuvre a permis une réduction du nombre de lits hospitaliers. Celle-ci a toutefois été insuffisamment suivie et n'a pas conduit à des restructurations territoriales de l'offre de soins.

A - Le virage ambulatoire, principale cause de la baisse du nombre de lits en chirurgie

Au cours de la décennie 2010, l'activité ambulatoire a été encouragée dans le double objectif d'améliorer la qualité des prises en charge hospitalières et de mieux maîtriser les dépenses associées. Son développement a surtout concerné la chirurgie, avec une forte réduction de la durée moyenne de séjour des personnes opérées et, par là-même, du nombre de lits nécessaires à leur hospitalisation. En médecine, le nombre de lits est resté stable.

1 - Une réduction du nombre de lits supérieure à celle du nombre de nuits passées à l'hôpital

Entre 2013 et 2019, le nombre de nuits d'hospitalisation en chirurgie a baissé de 3,7 millions, soit de 21 %[344]. Deux-tiers de cette baisse s'expliquent par le développement de la chirurgie ambulatoire, passé de 48 % à 59,2 % des opérations et un tiers par la baisse des durées de séjour en hospitalisation complète, liée à des progrès médicaux et organisationnels[345].

[344] Source programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) 2013 à 2022. Le périmètre ne prend pas en compte l'activité de soin gynécologique et obstétrique dans l'activité chirurgicale.

[345] Exemple de la récupération améliorée après chirurgie (Raac), qui est « *une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie* », Haute Autorité de santé, *rapport d'orientation sur les programmes Raac*, juin 2016.

En médecine, les durées de séjour ont peu diminué, ce qui a eu pour effet d'augmenter de 300 000 le nombre de nuits d'hospitalisation[346] (+ 1 %). La différence avec la chirurgie s'explique par une évolution plus faible du taux d'ambulatoire et par des effets plus prononcés du vieillissement de la population sur les prises en charge.

L'évolution du nombre de nuits d'hospitalisation a ainsi permis une réduction évaluée à 12 000 lits, avec une baisse de 13 000 lits[347] en chirurgie et une augmentation de 1 000 lits en médecine.

Tableau n° 29 : évolution du nombre de lits entre 2013 et 2019, comparaison entre les données issues de l'activité médicale et observées – établissements publics et privés

Unité : nombre de lits	**Variation calculée à partir du nombre de nuits**	**Variation observée**
Chirurgie	- 13 030	- 15 900
Médecine	+ 1 030	+ 1 050
Total	**- 12 000**	**- 14 850**

Source : Cour des comptes à partir des données PMSI et SAE - champs médecine et chirurgie (hors gynécologie-obstétrique)

La baisse du nombre de lits constatée dans la statistique annuelle des établissements est supérieure de près de 3 000 lits, et atteint près de 15 000 lits. Cette divergence porte uniquement sur les lits de chirurgie et concerne essentiellement les hôpitaux publics.

L'évolution constatée en France est similaire à celle observée dans les autres pays européens.

[346] Source PMSI 2013 à 2022 hors gynécologie-obstétrique.

[347] Ce volume de lits est une estimation réalisée à partir de la réduction du nombre de nuits d'hospitalisation, en tenant compte d'un taux d'occupation de 78 % observé en 2019 sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique, dans le rapport *Études et Résultats – Les établissements de santé en 2022,* Drees.

Le nombre de lits hospitaliers pour 1 000 habitants et son évolution en Europe[348]

En 2019, la France comptait 5,8 lits pour 1 000 habitants, toutes disciplines confondues[349]. Elle se situait à un niveau supérieur à celui de la moyenne de ses partenaires comparables en termes de niveau de vie (13 pays de l'Union européenne[350] plus Norvège et Suisse), qui s'élevait à 4,1 lits pour 1 000 habitants.

Sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique, proche de celui étudié dans ce rapport, le ratio était 3 lits pour 1 000 habitants, un peu supérieur à la moyenne de ses partenaires (2,8 lits) mais inférieur à ceux de l'Allemagne (5 lits) et de l'Autriche (4,9 lits).

Entre 2013 et 2019, la baisse du nombre de lits pour 1 000 habitants en France (- 0,33 lit) a été équivalente à celle de l'Allemagne mais moindre que celle des pays nordiques (- 0,46 lit en Finlande et - 0,44 lit en Suède).

2 - Un effort plus marqué dans les hôpitaux publics

Entre 2013 et 2019, les fermetures de lits dans le secteur public ont été plus importantes (- 8 100 lits) que celles qui auraient résulté de la seule baisse du nombre de nuits d'hospitalisation (- 4 600 lits). L'écart atteint 3 500 lits.

Pour le secteur privé non lucratif, l'évolution va dans le même sens (400 lits fermés malgré une augmentation des nuits d'hospitalisation dont aurait résulté une hausse de 100 lits, soit un écart de 500 lits). Pour le secteur privé lucratif, au contraire, la baisse du nombre de lits constatée sur la période (- 6 350 lits) est inférieure d'environ 1 100 à celle estimée à partir de la baisse du nombre de nuits (- 7 450 lits).

Selon l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (Igas)[351], la part de la chirurgie ambulatoire était, en 2013, dans les cliniques privées, beaucoup plus importante (55,2 %) que dans les hôpitaux publics (37,5 %) et le nombre de lits y était mieux ajusté aux besoins. Cette analyse a conduit les pouvoirs publics à

[348] Données internationales issues d'Eurostat (hors hospitalisation à domicile).
[349] Les disciplines sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins médicaux et de réadaptation, les soins de longue durée et l'hospitalisation à domicile.
[350] Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Espagne et Suède.
[351] IGF-Igas, rapport sur *les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France*, juillet 2014.

encourager plus fortement la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux publics entre 2013 et 2019, avec une démarche volontariste d'amélioration de la performance (hausse du taux d'occupation des lits, gestion des lits, sortie précoce, ratios d'encadrement cibles, etc.).

Évolution du nombre de lits et performance dans les grands hôpitaux universitaires de Paris, Lyon et Marseille entre 2013 et 2019[352]

À l'AP-HP de Paris, la réduction de la capacité d'accueil a principalement concerné les lits de soins de longue durée (- 24 %) et les lits de chirurgie (- 15 %). Les plans stratégiques de l'établissement 2010-2014 et 2015-2019 comprenaient des audits pour les services dont les taux d'occupation étaient inférieurs à 80 % ou dont les durées de séjour dépassaient de deux jours la moyenne de la spécialité médicale[353]. L'objectif était d'adapter l'offre aux évolutions des prises en charge en « *ferm[ant] des lits, [en] les réorient[ant] vers des activités insuffisamment dotées, voire [en] mutualis[ant] certains services* » selon le projet d'établissement 2015-2017.

Aux HCL de Lyon, le nombre de lits de chirurgie a diminué de 20 %. Le projet d'établissement 2013-2017, réalisé en cohérence avec le contrat de retour à l'équilibre financier 2013-2016, comprenait des actions « *d'optimisation des processus et organisations internes relatives au patient* », de restructuration et de réorganisation médicale majeures, avec des opérations immobilières sur deux sites.

À l'AP-HM de Marseille, la fermeture de lits de chirurgie, de l'ordre de 12 %, a été moins importante. Le projet stratégique 2017-2021 précisait pourtant que le développement de la chirurgie ambulatoire, la réduction des durées de séjour et l'optimisation du nombre de lits par unité de soins devaient contribuer à la maîtrise de la situation financière de l'établissement, qui était depuis 2016 sous contrat de retour à l'équilibre.

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalière (Copermo)[354] a été l'un des outils de cette recherche de performance. Il instruisait les projets immobiliers dépassant

[352] Données Drees SAE 2000-2022 – Traitement Cour des comptes.
[353] Les spécialités médicales incluent la gériatrie, la neurologie, la pneumologie, l'urologie, la neurochirurgie, l'orthopédie, etc. avec des intitulés qui peuvent être propres à chaque établissement.
[354] La circulaire du 10 mars 2021 a supprimé le Copermo, remplacé par le conseil national de l'investissement en santé (Cnis), appuyé par le conseil scientifique de l'investissement en santé (Csis).

50 M€ et définissait les trajectoires de retour à l'équilibre des établissements en difficulté financière, avec un niveau élevé d'exigence en termes de gestion hospitalière. S'appuyant sur plusieurs critères de performance[355], le Copermo a validé des projets d'investissement conduisant à une réduction importante du nombre de lits : pour une série de projets, celle-ci a atteint en moyenne 29 % en chirurgie et 17 % en médecine, d'après la revue des projets approuvés et suivis en 2019.

B - Une stratégie mal évaluée

La recherche d'une plus grande performance des hôpitaux publics aurait dû permettre une meilleure maîtrise de la dépense publique et une réorganisation de l'offre hospitalière. Ces conséquences ont pourtant été insuffisamment évaluées.

1 - Des objectifs d'économies ambitieux

En 2014, le ministère chargé de la santé s'est appuyé sur le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances pour évaluer à 600 M€ les économies qui pouvaient découler du virage ambulatoire à l'horizon 2018. Elles étaient fondées sur trois moyens :

- une réduction des charges salariales, logistiques et hôtelières induite par un développement attendu, à hauteur de 62 %, du taux de chirurgie ambulatoire ;
- les gains de productivité permis par la montée en charge des unités de chirurgie ambulatoire ;
- la restructuration des unités d'hospitalisation conventionnelle en perte d'activité et leur mutualisation entre plusieurs établissements, pour un tiers environ des économies estimées.

Le ministère chargé de la santé a finalement retenu un objectif d'économies de l'ordre de 800 M€, dont 400 M€ à atteindre entre 2015 et 2017 et 400 M€ entre 2019 et 2021. Cet objectif s'est traduit par une baisse des tarifs versés par l'assurance maladie aux hôpitaux, et donc de leurs recettes.

[355] Durées moyennes de séjour, taux d'occupation des lits, taille des services de soins, taux d'encadrement des lits en personnel soignant, etc.

2 - Un montant d'économies inconnu

L'impulsion donnée par les pouvoirs publics, notamment par la fixation d'objectifs précis[356], s'est traduite par une hausse de plus de 11 points du taux de chirurgie ambulatoire entre 2013 et 2019, dont 9,7 points pour le secteur public, 12,9 points pour le secteur privé non lucratif et 12,3 points pour le secteur privé lucratif. Ce développement a été encouragé et suivi mais il n'en a pas été de même de la maîtrise associée des dépenses.

Le rapport de la Cour sur la chirurgie ambulatoire en 2013[357], de même que celui précité de l'Igas et de l'IGF en 2014, estimaient que le développement de l'activité ambulatoire devait être accompagné d'objectifs d'économies à suivre précisément, afin d'éviter une dégradation de la situation financière des établissements. Le redimensionnement de capacités chirurgicales devenues sous-utilisées constituait un axe important d'économies.

Or, dès 2018, la Cour jugeait incertain l'impact financier global du virage ambulatoire, notant en particulier que « *la réalisation d'actes chirurgicaux rest[ait] dispersée entre un nombre très élevé d'établissements* » et qu'il *« n'[était] pas établi que les réductions de capacité en chirurgie conventionnelle aient été accompagnées de réductions de dépenses, notamment de masse salariale* » [358].

En 2024, ces constats restent inchangés. L'analyse des comptes des hôpitaux publics ne permet pas d'identifier clairement une incidence du virage ambulatoire sur les dépenses hospitalières. Il n'a pas été possible d'évaluer les économies réalisées ni de les comparer au potentiel d'économies attendues.

Peu de restructurations ont été ainsi réalisées pendant la période 2013-2022, comme en témoigne la persistance d'une forte proportion d'hôpitaux publics et privés de petite taille. En 2022, 56 % des établissements, tous secteurs confondus, disposaient ainsi d'une capacité inférieure à 100 lits, contre 57 % en 2013. Beaucoup de petits hôpitaux publics, malgré une faible activité de leurs services de médecine et de chirurgie, doivent recourir à un effectif important d'emplois temporaires pour combler leur manque de

[356] Cible d'un taux de chirurgie ambulatoire de 66 % à l'horizon 2020 dans l'instruction DGOS/R3 n°2015-296 du 28 septembre 2015.
[357] Cour des comptes, *La chirurgie ambulatoire,* Ralfss 2013 chapitre VIII.
[358] Cour des comptes, *Le virage ambulatoire,* Ralfss 2018, chapitre V.

personnel médical[359] et infirmier. Les regroupements attendus ne se sont pas réellement produits.

La Cour a d'ailleurs récemment rappelé que la période 2013-2017 correspondait à un cycle d'augmentation de déficits hospitaliers, qui ont atteint près de 900 M€ en 2017 et plus de 600 M€ en 2018 et en 2019[360].

3 - Une évaluation tardive de la qualité des prises en charge ambulatoires

La qualité des prises en charge liée au développement de la chirurgie ambulatoire n'a commencé à être évaluée que récemment.

Dès 2012, la Haute Autorité de santé (HAS) a certes convenu d'un programme d'actions communes[361] avec l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), qui a notamment conduit à l'établissement de références pour la prise en charge des patients ainsi qu'à des recommandations de bonnes pratiques[362]. Toutefois, l'expérimentation d'indicateurs de qualité n'a commencé qu'en 2018.

Depuis 2019, quatre indicateurs ont été définis mais seul est obligatoire celui relatif à la qualité des documents remis au patient à sa sortie après une hospitalisation ambulatoire[363]. Ces documents peuvent être améliorés dans la mesure où ils ne mentionnent pas systématiquement le médecin traitant ni les soins à réaliser en ville. Aucun des trois autres indicateurs[364] n'est publié, ni même mis à disposition des agences régionales de santé (ARS), étant donné leur caractère facultatif et le recueil aléatoire par les hôpitaux des données nécessaires à leur réalisation.

---

[359] Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées,* Ralfss 2024, chapitre 7.
[360] Cour des Comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire,* rapport public thématique, octobre 2023.
[361] D'après la note d'orientation établie en décembre 2011 sur la chirurgie ambulatoire, les six axes étaient : élaborer un socle de connaissances, mettre au point les critères d'éligibilité des patients, mettre en avant la dimension organisationnelle, explorer la dimension économique, construire des indicateurs afin d'assurer le suivi et l'évaluation, faire évoluer la certification.
[362] HAS et Anap, socle de connaissances portant sur *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire,* avril 2012.
[363] Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016.
[364] Ces indicateurs sont : évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention, anticipation de la prise en charge de la douleur, évaluation du patient pour la sortie de la structure, contact avec le patient entre J+1 et J+3.

Après une étude de la HAS[365], un indicateur de résultat a également été retenu : le taux de ré-hospitalisation à trois jours après une chirurgie ambulatoire[366]. Les résultats par hôpital n'ont été publiés qu'en février 2024, plus de dix ans après la décision de développer la chirurgie ambulatoire.

II - Face à des contraintes croissantes, une nécessaire adaptation des capacités d'accueil par territoire

La crise sanitaire a accentué les difficultés des hôpitaux en matière de ressources humaines et a conduit à un niveau élevé de fermetures de lits, dont il est complexe d'identifier précisément les motifs au niveau national, en l'état des données disponibles. Cette pression sur l'offre hospitalière nécessite de repenser les capacités de prise en charge en fonction des patients, du vieillissement de la population et de l'offre territoriale de soins.

A - Des contraintes plus fortes sur les ressources humaines, avec des conséquences sur le nombre de lits ouverts

En 2022, les fermetures de lits pour manque de personnel ont atteint un niveau inédit, reflet d'un manque d'attractivité de l'hôpital de plus en plus marqué. La charge de travail des personnels infirmiers et aides-soignants, mal appréhendée, contribue à cette désaffection.

1 - Des fermetures de lits liées au manque de personnel

Les fermetures de lits pour manque de personnel sont récentes. L'AP-HM et l'AP-HP ne les ont recensées dans leur outil interne de suivi que depuis, respectivement, 2018 et 2020. Auparavant, les motifs de

[365] HAS, *rapport d'étape sur le développement de la mesure des ré-hospitalisations entre un et trois jours après chirurgie ambulatoire*, validé par le collège le 30 juin 2022.
[366] Il concerne six types d'interventions : cholécystectomies, interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, interventions sur les amygdales, hémorroïdectomies et prostatectomies transurétrales.

fermetures conjoncturelles des lits étaient limités à d'autres catégories[367]. Elles ont pris des proportions importantes à partir de 2021 en raison « *de congés-maladie ordinaires liés aux épidémies (covid, grippe, bronchiolite) ainsi que de la lassitude des soignants après la forte sollicitation de la crise sanitaire et les réorganisations internes* »[368].

En 2022, 21 % des lits de l'AP-HP étaient fermés, dont près de 70 % pour manque de personnel. Cette proportion atteignait 11 % des lits de l'AP-HM, dont la moitié faute de personnel, et 15 % des lits des HCL.

La situation des trois plus grands centres hospitaliers ne peut pas être généralisée. Néanmoins, une étude du ministère chargé de la santé[369] mettait en exergue en 2021 une fermeture des lits de chirurgie plus importante qu'en 2019 (de l'ordre de 4 %), avec des différences d'une région à une autre. Cela était notamment dû à des difficultés de recrutement des infirmiers de bloc opératoire, des infirmiers anesthésistes, des personnels de nuit, mais aussi du personnel soignant dans les petits hôpitaux[370]. L'étude du ministère a dénombré 800 postes d'infirmiers vacants en plus sur le seul mois d'octobre 2021 par rapport au mois de septembre, soit un tiers des départs non remplacés.

2 - Un recensement national impossible des lits fermés faute de personnel soignant, en l'absence de suivi statistique

Seule la statistique annuelle des établissements[371] recense de manière exhaustive le nombre de lits hospitaliers. Toutefois, elle ne permet pas de mesurer les fermetures ponctuelles liées à un manque de personnel.

[367] Isolement prescrit pour un patient, travaux ou maintenance, désinfection ou catégorie autre.
[368] Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.
[369] Cette enquête a été menée en octobre et novembre 2021. Elle a été adressée à 2 300 établissements de tous secteurs, sur tous les champs d'activité (médecine-chirurgie-obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, hospitalisation à domicile, soins de longue durée). Le taux de réponse a été de 47 %. Elle portait sur la situation des ressources humaines et la disponibilité des lits hospitaliers sur le mois d'octobre 2021 comparé à 2019.
[370] Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.
[371] Sauf précision contraire, et en dépit des limites mentionnées dans cette sous-partie, ce sont les données de la SAE auxquelles il est fait référence dans ce chapitre.

La notion de « lit hospitalier »

Dans les années 1980 et 1990, le ministère de la santé réalisait une planification précise de l'offre de soins, dénommée « carte sanitaire », qui décrivait le niveau d'équipement des hôpitaux et notamment leur nombre de lits.

Le plan hôpital 2007 a assoupli cette planification en donnant plus d'autonomie aux acteurs locaux, afin que le pilotage de l'offre de soins repose moins sur les moyens que sur l'atteinte d'objectifs d'activité et de soutenabilité financière[372].

Cette évolution a conduit à délaisser les outils opérationnels et statistiques recensant les capacités d'accueil en nombre de lits. La crise sanitaire a montré l'impossibilité pour les pouvoirs publics de disposer instantanément d'une vision consolidée du nombre de lits hospitaliers effectivement disponibles. Dans les régions en tension, un suivi quotidien de ces disponibilités a dû être mis en place en urgence par conférences téléphoniques avec les hôpitaux, afin de garantir une remontée fiable et exhaustive de l'information.

En effet, la statistique annuelle des établissements recense les lits en état d'accueillir des malades au 31 décembre. Elle inclut les lits fermés temporairement pour travaux ou désinfection mais exclut les lits fermés pour cause d'absence de personnel (congés, postes vacants). La capacité d'accueil en lits, ainsi définie, prête à confusion et les différents interlocuteurs rencontrés par la Cour ont admis avoir du mal à s'y conformer, puisqu'elle ne correspond strictement ni à la définition de lit installé, ni à celle de lit ouvert.

Les différents « états » du lit hospitalier

Lit installé : lit dont les conditions techniques pour accueillir un patient sont remplies (lit fonctionnel, raccordement possible aux fluides médicaux, enregistrement dans le logiciel de gestion, etc.).

Lit ouvert : lit installé en capacité d'accueillir un patient du fait de la présence de personnels médicaux et soignants, formés et en nombre suffisant.

Lit fermé : lit installé qui ne peut être ouvert faute de personnels en nombre suffisant (congés, arrêt-maladie, poste vacant), du fait de travaux, de maintenance, d'isolement prescrit pour un patient ou de désinfection.

[372] Selon l'article L. 6122-5 du code de la santé publique, les agences régionales de santé vérifient désormais la cohérence entre l'activité prévisionnelle et l'organisation médico-soignante, décrites dans les demandes et les renouvellements d'autorisation de soins.

En outre, les évolutions de l'activité depuis la crise sanitaire sont difficiles à analyser : le système d'information hospitalière ne permet pas d'identifier ce qui relève d'un rattrapage des opérations non-réalisées pendant la crise sanitaire et ce qui relève de changements des pratiques médicales et chirurgicales.

Dès lors, il n'a pas été possible à la Cour d'estimer pour la période 2019-2022 le lien entre la variation du nombre de nuits d'hospitalisation et celle du nombre de lits, comme cela a pu être fait précédemment pour la période 2013-2019.

3 - Une charge de travail à mieux évaluer

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, le taux d'absentéisme des personnels non médicaux soignants est passé de 8 % en 2019 à 11 % en 2021. Ce taux était en 2022 de 14,2 % à l'AP-HM, de 11,2 % aux HCL et de 8,9 % à l'AP-HP.

En outre, les difficultés de recrutement sont importantes. 9,8 % des postes d'infirmiers étaient vacants à l'AP-HP, avec une baisse de l'effectif infirmier de 8 % depuis 2019 ; 5 % des postes d'infirmiers étaient vacants aux HCL, en particulier pour les infirmiers anesthésistes et de bloc opératoire. Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou a changé de métier après dix ans de carrière[373].

Les causes de la désaffection des personnels infirmiers sont plurielles (rémunération, conditions de travail, pénibilité). Entre autres facteurs, le virage ambulatoire a eu pour effet d'intensifier la charge en soins[374] : les patients pouvant être pris en charge en ambulatoire ne sont plus hospitalisés et ceux admis en hospitalisation complète le sont au moment de la phase aiguë de leur pathologie.

La crise sanitaire a renforcé cette évolution. Les patients atteints de covid ont nécessité des soins importants, qui ont conduit à des déprogrammations ou à des retards de prise en charge pour d'autres pathologies[375].

---

[373] Drees, *Études et Résultats* n°1277, juillet 2023.
[374] La charge en soins peut se définir comme l'ensemble des actions paramédicales requises par un patient en 24 heures. Elle inclut l'ensemble des soins prodigués techniques (diagnostiques et thérapeutiques), de base (alimentation et hygiène), relationnels ou éducatifs.
[375] Sénat, *Santé publique : pour un nouveau départ – leçon de l'épidémie de covid 19*, rapport de commission d'enquête, 2020.

Il n'existe toutefois pas d'outil consensuel permettant d'objectiver la charge en soins. La seule méthode élaborée en France est la mesure des « soins infirmiers individualisés à la personne soignée », prévue par la circulaire n° 205 du 1er septembre 1987. Cette méthode n'a cependant jamais été reconnue ni portée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). En 2009, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a installé un groupe de travail visant à l'utiliser dans l'étude nationale des coûts de médecine, chirurgie et obstétrique. Les travaux, relancés en 2017, n'ont pas abouti.

La charge totale de travail des infirmiers et des aides-soignants inclut, en plus de la charge en soins, des « *actions afférentes aux soins* »[376], définies en 1995. Elles représenteraient plus de 50 % du temps de travail des infirmiers et des aides-soignants, 57 % dans une évaluation réalisée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux en 2021.

Entre 2013 et 2019, l'activité hospitalière a progressé de 9 % et les effectifs infirmiers de 2,4 %. La productivité des infirmiers a augmenté mais leur charge de travail a pu aussi s'accroître du fait de reports de tâches, permanents ou ponctuels, entre les différentes catégories de professionnels, sans qu'aucune mesure en soit faite.

Après l'épidémie de covid, les hôpitaux rencontrés ont cherché à mieux apprécier la charge de travail des services et à ajuster les effectifs au chevet des patients[377] si cela s'avérait nécessaire. Chaque établissement a élaboré sa propre méthodologie d'évaluation.

Il serait souhaitable de pouvoir apprécier la charge totale de travail des infirmiers et des aides-soignants selon une méthode reconnue nationalement. Cela permettrait un meilleur ajustement des effectifs et des conditions de travail adaptées à des prises en charge sécurisées. Une validation de la grille d'évaluation des soins infirmiers et des actions afférentes aux soins, ainsi que leur informatisation en lien avec le dossier patient, faciliteraient la mise en œuvre d'une telle mesure, qui s'ajouterait utilement aux indicateurs d'activité médico-économiques (taux d'occupation et durée moyenne de séjour) pour piloter l'organisation hospitalière.

[376] Transmissions entre soignants, tâches administratives (entrée et sortie du patient, procédures, etc.) et logistiques (approvisionnement, transport d'échantillons, préparation des médicaments, etc.). Elles sont définies dans *Méthode pour mesurer les autres activités afférentes aux soins, ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville*, février 1995.
[377] Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.

B - Une capacité hospitalière à adapter aux effets du vieillissement et aux territoires

La demande de soins va fortement s'accroître d'ici à 2040 sous l'effet du vieillissement de la population, dans un contexte où les capacités d'accueil sont contraintes, faute de personnel. Afin de répondre aux besoins, des parcours de soins coordonnés, incluant le secteur médico-social et les soins de ville, doivent être constitués à l'échelle des territoires.

1 - Une accélération des effets du vieillissement à anticiper

La Cour a estimé à trois millions pour la période 2013-2019 et à treize millions pour la période 2020-2040 le nombre de nuits d'hospitalisation supplémentaires induites par le vieillissement de la population[378]. Cette projection correspond à 45 000 lits supplémentaires en médecine et en chirurgie, à mode de prise en charge inchangé[379].

Tableau n° 30 : part des différentes classes d'âge dans la population générale entre 2010 et 2040

	2010	2020	2040
85 ans et plus	2,0 %	2,9 %	4,8 %
70 - 84 ans	9,8 %	10,6 %	14,5 %
0 - 70 ans	88,2 %	86,5 %	80,7 %

Source : Cour des comptes à partir des projections de populations Insee, modèle Omphale, 2010-2070

Les effets du vieillissement de la population entre 2013 et 2019 ont été absorbés par les hôpitaux grâce aux réductions des durées de séjour mais il ne pourra pas en être de même à l'avenir : une progression du taux de chirurgie ambulatoire de 62,3 % en 2021 à 80 % ne permettrait de compenser qu'un tiers des besoins nouveaux en lits liés au vieillissement de la population.

En conséquence et afin de répondre au mieux aux besoins des patients âgés de 75 ans et plus, les parcours de soins coordonnés doivent être repensés pour réduire le nombre de passages dans les services

[378] Estimation de la Cour réalisée sur le champ médecine et chirurgie à partir des évolutions démographiques par classes d'âge entre 2013 et 2019 publiées par l'Insee.
[379] Le nombre de nuits en 2019 était, selon le PMSI 2022, de 48,4 millions (dont 14,1 millions en chirurgie et 34,3 millions en médecine).

d'urgence et d'hospitalisation[380]. Les parcours de ces patients présentent en effet des atypies : après un passage aux urgences, près de 50 % ont été hospitalisés, contre 14 % pour les patients de moins de 75 ans ; dans les cas suivis d'un retour à domicile ou d'une sortie dans un établissement psychiatrique, leur durée moyenne de séjour est supérieure.

Schéma n° 3 : comparaison de la prise en charge d'un patient de moins de 75 ans et d'un patient de plus de 75 ans en 2022

Source : Cour des comptes à partir des données PMSI 2022

Une récente étude de l'institut de recherche et de documentation de l'économie en santé (Irdes) a mis en évidence qu'un Français de 75 ans et plus sur quatre vivait dans un territoire mal desservi par les prestataires de soins (Ehpad, résidences autonomie, infirmières libérales, services d'aide à domicile). Les dépenses d'hospitalisation de ces populations étaient alors plus élevées que dans les territoires mieux dotés, ce qui confirme que « *la politique médico-sociale des départements et le niveau d'accessibilité locale de l'offre médico-sociale [sont] des éléments déterminant la capacité des territoires à réduire les hospitalisations* »[381].

La réduction des écarts de parcours entre patients âgés et plus jeunes passe par un renforcement de l'offre médico-sociale et de soins primaires

[380] Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées* rapport public thématique, novembre 2021.
[381] Irdes, Question d'économie de la santé n°279 portant sur *les dépenses de santé des personnes âgées de 75 ans et plus atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparenté*, mai 2023, A Penneau et Z Or.

dans ces territoires sous-dotés, pour améliorer, en amont et en aval de l'hôpital la prise en charge des personnes âgées et réduire la pression sur le système hospitalier.

Un état des lieux et un plan d'action chiffré mériteraient donc d'être inscrits dans chaque projet régional de santé afin d'anticiper les effets du vieillissement sur la demande de soins et d'adapter l'organisation de l'offre de soins à cet enjeu de santé publique.

2 - Une nécessaire fluidification des parcours de soins non programmés

Les urgences doivent être en mesure de réorienter les patients hospitalisés vers une structure adaptée après les avoir pris en charge. Dans un des sites des HCL, la durée d'attente pour être hospitalisé après un passage aux urgences a augmenté de quatre heures entre janvier 2020 et mai 2022, pour atteindre près de treize heures, ce qui illustre la difficulté croissante à trouver des lits pour hospitaliser les patients.

Les hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences ont représenté 24 % de l'activité d'hospitalisation complète des hôpitaux publics en 2022[382]. Ce taux est plus élevé pour les centres hospitaliers généraux (45 %) que pour les CHU : 30 % à l'AP-HM, 22 % à l'AP-HP, 19 % aux HCL.

Dès 2009, l'organisation d'un hôpital en pôles et la définition de contrats précisant leurs moyens et leurs objectifs[383] auraient dû permettre un fonctionnement mutualisé des lits et des équipes soignantes pour les différents services d'un même pôle. Cette organisation reste variable d'un hôpital à l'autre, voire au sein même d'un hôpital, et la spécialisation des services, plus forte dans les CHU, est une difficulté pour la gestion commune des lits.

À l'automne 2019, face à l'augmentation croissante du recours aux urgences et à leur saturation, le pacte de refondation des urgences a mis l'accent sur le nécessaire renforcement de la gestion des lits à l'hôpital pour les hospitalisations non programmées, avec la définition par le ministère d'un « besoin journalier minimum en lits » calculé par les ARS[384]. Cette notion suppose que si, par nature, les hospitalisations après passage aux urgences ne sont pas programmables dans le temps, elles n'en restent pas

[382] Résumés des passages aux urgences 2022, hors gynécologie-obstétrique.
[383] Articles L. 6146-1 et R. 6146-8 du code de la santé publique.
[384] Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019.

moins prévisibles. En Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, le besoin journalier minimum en lits a été transmis aux hôpitaux concernés.

Cependant, cet indicateur trop global a été peu utilisé[385]. Il doit être accompagné d'une gestion des lits structurée au niveau de chaque hôpital ou groupement hospitalier de territoire, qui regroupe plusieurs centres hospitaliers, et soutenue au niveau des ARS.

3 - Une gestion des lits à organiser au niveau territorial

Depuis 2013, afin d'assurer une meilleure gestion du flux de patients au sein de l'hôpital, d'optimiser l'occupation des lits et d'améliorer la communication entre les différents acteurs, le ministère, avec l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance, a promu la mise en place de cellules de gestion des lits dans les hôpitaux.

Le rôle de ces cellules est d'anticiper les besoins provenant des urgences, d'avoir une visibilité sur les disponibilités en lits de l'établissement, et de veiller à ce que les durées de séjour soient optimales par rapport aux besoins des patients. Il s'agit de coordonner les parcours, qu'ils soient ou non programmés, depuis l'admission d'un patient à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Cette démarche a été fortement encouragée dans le pacte de refondation des urgences en 2019, et rendue obligatoire dans le cadre de la réforme des autorisations de médecine d'urgence[386], afin notamment de mettre fin aux durées de séjour anormalement longues.

Les durées de séjour anormalement longues

Les séjours anormalement longs se poursuivent pour différentes raisons administratives, juridiques ou médico-sociales, alors que les patients concernés, qualifiés alors de « bloqueurs de lits », sont considérés comme pouvant sortir médicalement. Ces patients sont souvent âgés et en perte d'autonomie. Les patients non gériatriques sont lourdement dépendants après un accident cardio-vasculaire, une hospitalisation en neuro-oncologie ou un passage en réanimation.

[385] L'AP-HP travaille pour le préciser par site et par discipline pour un pilotage plus fin. L'AP-HM l'a décliné au niveau de ses services d'hospitalisation pour pouvoir l'utiliser en amont de la période estivale à venir, afin de lisser la programmation et les congés.
[386] Décrets n° 2023-1374 et n° 2023-1376 du 29 décembre 2023.

En proportion, le volume de ces séjours est faible par rapport à celui des hôpitaux rencontrés. Ils représentaient toutefois plus de 7 % des lits aux HCL et près de 5 % des lits à l'AP-HM en 2021.

Entre 2020 et 2023, de nombreux financements spécifiques et non reconductibles ont été consacrés à la mise en place d'une gestion des lits au sein des hôpitaux publics et privés, pour un total cumulé de 137 M€.

L'accumulation de ces mesures depuis 2019 est peu lisible pour les ARS comme pour les hôpitaux et le nombre de cellules de gestion des lits en activité est encore trop faible. Au 30 août 2022, seulement 58 % des établissements avec service d'accueil d'urgence en disposaient. En outre, leur qualité n'est toujours pas suivie, un indicateur étant en cours d'élaboration[387].

Étant donné les difficultés actuelles pour maintenir les lits hospitaliers ouverts, faute de personnel, les ARS devraient encourager les établissements à disposer de cellules de gestion des lits performantes par des financements liés aux résultats, voire par la contrainte dans certains cas.

Une mise en œuvre opérationnelle de ces cellules nécessiterait au préalable un recensement fiable du nombre de lits dans les autres établissements d'un même territoire. Ce recensement pourrait être assuré par la tenue exhaustive et à jour du répertoire national de l'offre et des ressources, seul outil qui a vocation à donner une vision consolidée des lits installés et de leur disponibilité.

En effet, en application du décret n°2006-577 du 22 mai 2006, les hôpitaux qui participent à un réseau de prise en charge des urgences doivent transmettre régulièrement leurs données mobilisables et disponibles à tous les membres du réseau. Ces données, comprenant notamment leur nombre de lits par discipline et par spécialité médicale[388], constituent des répertoires opérationnels de ressources.

Ces répertoires régionaux ont été informatisés en 2010 et la DGOS[389] avait prévu qu'ils soient rendus inter-opérables. En 2019, ils ne l'étaient toujours pas. La décision a donc été prise de déployer un répertoire

[387] L'indice de maturité des cellules de gestion de lits a été mis au point par l'observatoire régional des urgences d'Occitanie et par l'Anap en vue d'une animation du dispositif territorial de gestion des lits. Il est en voie de généralisation par la DGOS depuis l'été 2023
[388] Pour rappel, les disciplines sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins médicaux et de réadaptation, les soins de longue durée et l'hospitalisation à domicile ; les spécialités médicales incluent la gériatrie, la neurologie, la pneumologie, l'urologie, la neurochirurgie, l'orthopédie, etc.
[389] Instruction DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015

national et de supprimer progressivement les répertoires régionaux d'ici à la fin de l'année 2026.

Le répertoire national ne devait concerner initialement que l'offre hospitalière. Il a été élargi en 2017 à l'offre médico-sociale puis, en 2021, aux professionnels de santé de ville. L'objectif est d'améliorer l'orientation des patients vers l'offre la plus adaptée à leurs besoins, tout en réduisant les délais de recherche.

Toutefois, à ce jour, seules les données du répertoire national relatives aux services de réanimation et de soins critiques, adultes et pédiatriques, sont considérées comme exhaustives et fiables. Dans le champ de la médecine et de la chirurgie, 88 % des hôpitaux renseignent le répertoire national. Ce taux atteint 86 % pour les établissements médico-sociaux concernant les patients âgés et en situation de handicap mais il est quasiment nul pour l'offre de ville. En outre, les données hospitalières ne sont pas toujours vérifiées par les ARS[390], ce qui ne garantit ni leur qualité ni leur exhaustivité.

Afin que le répertoire national puisse constituer un outil d'aide à la gestion des lits, il apparaît nécessaire de généraliser l'automatisation des remontées d'information qui doivent y figurer et de définir un calendrier de fiabilisation par discipline, voire par spécialité médicale.

[390] Les régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur ont indiqué que les travaux de fiabilisation des informations n'avaient porté jusque-là que sur les capacités de réanimation et de soins critiques. D'autres régions, comme l'Occitanie et la Nouvelle-Aquitaine, ont mis en place une gestion territorialisée des lits et sont plus avancées sur ces vérifications, même si aucune obligation en termes de fréquence ou d'automatisation n'existe actuellement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L*e virage ambulatoire en cours a eu pour objectif d'améliorer la qualité des soins tout en réduisant leur coût. Il a été accompagné d'une réduction du nombre de lits sur la période 2013-2019.*

Le manque de suivi et d'accompagnement de cette orientation stratégique n'a toutefois pas permis de mesurer ses effets sur la qualité des soins ni de confirmer dans quelle mesure elle a contribué à l'atteinte des objectifs de maîtrise de la dépense. Au contraire, la détérioration des résultats financiers des hôpitaux publics et le caractère limité des restructurations menées pendant la période laissent penser que les *économies d'échelle attendues n'ont, pour l'essentiel, pas été réalisées.*

Depuis la crise sanitaire, les capacités d'accueil réelles en lits hospitaliers se sont encore plus contractées, faute de personnel.

Dans le futur, une adaptation des conditions de prise en charge hospitalière devra être envisagée pour mieux répondre aux besoins de la population et notamment à son vieillissement. Un certain desserrement de la contrainte sur le nombre de lits disponibles, qui restera forte, supposera la poursuite du virage ambulatoire et une amélioration de la coordination au plan territorial de l'ensemble des secteurs hospitalier, médico-social et de ville.

En conséquence, la Cour formule les trois recommandations de gestion et la recommandation de politique publique suivantes :

27. *enrichir le recueil des données de l'enquête « statistique annuelle des établissements de santé » en distinguant les lits installés des lits ouverts, et automatiser la transmission des données des hôpitaux vers le répertoire opérationnel national des ressources, par filière de soins ; (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*

28. *valider une méthode d'évaluation de la charge de travail des infirmiers et des aides-soignants et mettre à la disposition des établissements un outil informatique permettant la mesure de cette charge (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Agence nationale d'appui à la performance) ;*

29. *définir, dans chaque projet régional de santé, un plan d'action chiffré visant à limiter le plus possible les hospitalisations évitables des personnes âgées de 75 ans et plus (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*

30. *confier aux ARS la responsabilité du pilotage de la gestion des lits effectivement ouverts au niveau territorial ; pour cela, intégrer les conditions de ce pilotage dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les ARS et les hôpitaux, avec des financements liés à la présence de cellules de gestion des lits dans les établissements hospitaliers et à leur efficacité à fluidifier les parcours de soin (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

Troisième partie

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

Chapitre IX

La qualité des services rendus par les caisses de sécurité sociale du régime général : simplifier les démarches et faciliter les contacts avec les usagers

PRÉSENTATION

La qualité des services rendus par les caisses d'assurance maladie, famille et vieillesse du régime général de la sécurité sociale s'analyse notamment à travers les modalités de leurs relations avec les usagers, les conditions de traitement des demandes qui leur sont adressées et des prestations qu'elles allouent, mais aussi les démarches qu'elles accomplissent pour lutter contre le non-recours aux droits.

La Cour a déjà examiné la question de la qualité du service rendu aux assurés sociaux, sous le seul angle du numérique, dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2019. Le présent chapitre procède à un suivi des observations et des recommandations de ce rapport et élargit l'analyse aux modes de contacts entre les trois branches[391] étudiées et les usagers[392], à la qualité et aux délais de versement des prestations servies, ainsi qu'aux actions contre le non-recours aux droits. Son champ inclut les prestations versées pour le compte de tiers, comme le revenu de solidarité active, la prime d'activité, les aides au logement ou l'allocation aux adultes handicapés.

La crise sanitaire a accéléré les changements déjà en cours dans l'offre de services des caisses de sécurité sociale du régime général : développement des services numériques et des accueils téléphoniques, réduction des accueils physiques. Dans ce cadre, les enquêtes menées auprès des usagers montrent que, s'ils accordent toujours un haut niveau de confiance aux services publics sociaux, ils considèrent que leur qualité se dégrade en raison de la complexité croissante des démarches et de la difficulté des prises de contact. De nombreux objectifs fixés aux branches maladie, famille et vieillesse dans leurs conventions avec l'État n'ont pas été atteints, en termes de production comme en termes de satisfaction des usagers.

La qualité des services rendus par les caisses de sécurité sociale est encore trop éloignée des attentes des usagers (I), malgré une offre de services en évolution pour faire face à un nombre croissant de sollicitations (II). Un saut qualitatif est désormais indispensable pour faciliter les démarches (III).

---

[391] La notion de branche est ici utilisée quand l'analyse porte à la fois sur les caisses nationales et locales d'un même réseau (branches maladie famille et vieillesse).
[392] Le terme recouvre les personnes ayant recours aux services de la sécurité sociale. Il n'inclut pas les professionnels de santé, du médico-social, etc.

Chiffres-clés
des branches maladie, famille et vieillesse du régime général (2022)

Nombre d'usagers :

- 13,9 millions d'allocataires pour la branche famille ;
- 37 millions dont 15 millions de retraités pour la branche vieillesse ;
- 65 millions d'assurés pour la branche maladie.

Montant des prestations légales versées :

- 207,5 Md€ pour la branche maladie ;
- 142,3 Md€ pour la branche vieillesse ;
- 81,8 Md€, pour la branche famille dont 50,9 Md€ pour le compte de tiers (État, départements, etc.).

Nombre de sollicitations traitées ou reçues, quel que soit le canal (numérique, téléphonique ou physique) :

- 90,5 millions pour la branche famille ;
- 34,5 millions pour la branche vieillesse ;
- 279 millions pour la branche maladie.

Nombre de réclamations : 4,35 millions

I - Une qualité du service encore trop éloignée des attentes des usagers

La qualité du service rendu aux usagers par les organismes versant des prestations du régime général est mesurée par des indicateurs qui font l'objet d'engagements dans les conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'État et les caisses nationales. Au cours de la période 2018-2022, un grand nombre de ces objectifs n'a pas été atteint et la satisfaction des usagers s'est dégradée (A). Pour améliorer la qualité de service, il est nécessaire de progresser dans la liquidation des prestations et de mieux prendre en compte les sollicitations des usagers (B).

A - Une dégradation des résultats dans un contexte marqué par la crise sanitaire

À compter de 2020, les caisses de sécurité sociale ont dû faire face à la crise sanitaire et mettre en œuvre plusieurs réformes importantes, comme celle concernant les aides aux logements ou l'intégration au régime général du régime social des indépendants[393]. Ces réformes ont pesé sur la qualité du service rendu aux usagers. Les indicateurs de mesure témoignent d'une moindre satisfaction des usagers et d'une atteinte partielle des objectifs assignés.

1 - Une dégradation des indicateurs de qualité de service et de la satisfaction des usagers

Les conventions d'objectifs et de gestion 2018-2022 des branches du régime général comportent six indicateurs de la relation de service avec les usagers. Issus d'enquêtes annuelles, ils sont répartis entre des indicateurs de satisfaction, fondés sur l'appréciation des usagers, et des indicateurs de gestion et de production. Même s'ils restent inférieurs aux objectifs et se sont dégradés entre 2018 et 2022, en particulier pour la branche maladie, les indicateurs de satisfaction globale sont supérieurs à 80 %.

Tableau n° 31 : indice de satisfaction globale des usagers dans les trois branches (2018-2022)

Branche	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
	2018	2022	2022	2022
Maladie	94,4 %	80,6 %	93 %	Non
Famille	87,9 %	84,4 %	91 %	Non
Vieillesse	90,5%	89,0 %	92 %	Non

Note pour tous les tableaux : en cas de divergence entre les données des caisses et de la DSS, les données de la DSS sont retenues.
Source : Cour des comptes d'après les informations transmises par la DSS, la Cnav, la Cnaf et la Cnam

Cependant, quand les usagers sont interrogés plus précisément sur la qualité de la relation qu'ils ont eue avec les caisses, leur satisfaction est inférieure à celle retracée à travers le taux de satisfaction globale et cela, quel que soit le mode de contact (courriel, téléphone, accueil physique, etc.). La

[393] D'autres réformes, plus récentes, ont également un impact, non encore mesuré par les indicateurs : réforme des retraites, déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés.

dégradation est forte depuis 2018 pour la branche maladie. Le résultat est plus stable et plus proche de l'objectif pour les branches famille et vieillesse.

Tableau n° 32 : indice de satisfaction des usagers sur la qualité du contact avec les caisses (2018-2022)

Branche	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
	2018	2022	2022	2022
Maladie	71,0 %	52,6 %	82,0 %	Non
Famille (téléphone)	77,2 %	75,7 %	78,0 %	Non
Famille (accueil)	79,8 %	80,1 %	82,0 %	Non
Vieillesse	88,0 %	86,0 %	88,0 %	Non

Note : l'indicateur est composite pour les branches vieillesse et maladie.
Source : Cour des comptes d'après les informations transmises par la DSS, la Cnav, la Cnaf et la Cnam

La qualité de service est également appréhendée, dans toutes les branches à travers des indicateurs objectifs quantifiés : pour les courriels et les réclamations, les délais de traitement et pour les échanges téléphoniques, le taux d'appels aboutis.

Tableau n° 33 : indicateurs de qualité de service communs aux trois branches (2018-2022)

Indicateur	Branche	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
		2018	2022	2022	2022
Courriels traités dans les délais (48 heures)	Maladie	80,0 %	82,2 %	80 %	Oui
	Famille	ND	45,7 %	80 %	Non
	Vieillesse	78,3 %	85,7%	80 %	Oui
Réclamations traitées en moins de dix jours	Maladie	86,0 %	98,0 %	85 %	Oui
	Famille	65,0 %	69,1 %	80 %	Non
	Vieillesse	ND	80,3 %	80 %	Oui
Appels aboutis, traités par agent et serveur vocal	Maladie	90,2 %	63,2 %	90 %	Non
	Famille	85,9 %	80,1 %	90 %	Non
	Vieillesse	84,6 %	86,5 %	85 %	Oui

Légende : ND : non disponible.
Source : Cour des comptes d'après les informations transmises par la DSS, la Cnav, la Cnaf et la Cnam

Alors que les branches maladie et vieillesse traitent plus de 80 % des courriels des assurés dans les délais impartis, la branche famille en traite moins de la moitié (45,7 % pour un objectif de 80 %[394]).

Plus de 80 % des réclamations sont traitées en moins de dix jours par les branches vieillesse et maladie, contre 70 % par la famille. Toutefois, l'amélioration de la branche maladie tient à une modification de l'indicateur depuis 2020 qui ne prend désormais en compte que les seules réclamations écrites (cf. *infra*.)

Concernant le taux d'appels aboutis, seule la branche vieillesse atteint son objectif de 85 % entre 2018 et 2022. Ce taux reste toutefois inférieur au taux de qualité des normes Afnor[395]. Dans la branche maladie, le taux d'appels aboutis a baissé de 27 points entre 2018 et 2022 et aucune plateforme téléphonique n'atteint plus l'objectif de 90 %. Dans la branche famille, le taux d'appels aboutis a baissé de près de 17 points entre 2018 et 2021. Cela a conduit la Cnaf à affecter en 2022 des ressources supplémentaires à ses plateformes téléphoniques, grâce auxquelles la situation s'est améliorée[396]. Il demeure toutefois de fortes disparités entre les caisses locales, avec des taux variant du simple au double.

En outre, cet indicateur ne rend que partiellement compte de la qualité de la réponse aux appels téléphoniques : il mesure la proportion d'appels auxquels il a été répondu et non la proportion d'appels ayant reçu une réponse conclusive. Il peut être biaisé si la caisse décide de fermer plus tôt sa plateforme, dissuade les appels[397] ou ne les prend pas tous en compte pour le calcul de l'indicateur[398]. Selon la Cnam, en prenant en compte la

[394] La branche famille a fortement baissé l'objectif en le ramenant à 50 % pour 2023 et à l'équivalent de son niveau de 2022, soit 80 %, en 2027. Malgré une amélioration par rapport à 2022, l'indicateur atteint seulement 54,4 % en 2023.

[395] La norme qualité Afnor NF-345 prévoit, pour la prise en charge téléphonique, un taux de qualité de 88 % correspondant au nombre de contacts traités rapporté au total des contacts présentés minoré du nombre de contacts raccrochés dans les 15 premières secondes avant de parler à un conseiller.

[396] Dans la branche famille, cette tendance se confirme en 2023. L'indicateur qui atteint 80,96 %, reste relativement stable entre 2022 et 2023 et en deçà de l'objectif de 83%.

[397] La dissuasion correspond à la situation où une caisse ou une plateforme, en cas de saturation, incite l'usager à rappeler ultérieurement et met fin à l'appel.

[398] Jusqu'en 2023, l'indicateur de la branche vieillesse excluait les appels portant sur des dossiers en cours de traitement.

dissuasion, les caisses primaires n'ont répondu qu'à un appel sur deux en 2022 et non à 63,2 %[399].

D'autres indicateurs seraient utiles à une compréhension plus fine de la relation avec les assurés, comme le taux de résolution au premier contact[400] ou le taux de dissuasion par caisse ou par plateforme.

2 - Des délais de traitement trop longs et des démarches administratives parfois complexes

Les délais de traitement se sont, pour la plupart, dégradés sur la période et restent inférieurs aux objectifs fixés. Ils sont à l'origine d'appels ou de courriels répétés de la part des usagers et peuvent, en retardant le versement d'allocations, entraîner des difficultés financières pour les assurés sociaux les plus fragiles.

La branche maladie met en moyenne moins de sept jours pour rembourser les soins et dépasse ainsi son objectif ; en revanche, elle met plus de 30 jours à verser la première indemnité journalière aux assurés sociaux pour un objectif fixé à 25 jours, et ce délai s'est dégradé entre 2018 et 2022[401].

Pour la branche vieillesse, 70 % seulement des dossiers sont adressés aux usagers avant leur départ à la retraite et 70 % des pensions de réversion sont versées dans les quatre mois suivant la demande[402]. Les marges de progrès sont donc importantes. Pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées, qui a remplacé les diverses composantes du minimum vieillesse depuis 2006, les délais de traitement, très longs, ne sont suivis que depuis 2023 par le biais d'un indicateur contractuel, qui montre que près de la moitié des demandes sont traitées en plus de 90 jours (45,7 % en 2023 et 46,5 % en 2022). Près des trois-quarts des demandes de droits des assurés résidant à l'étranger (71 %), suivies par un indicateur spécifique depuis 2023, sont traitées en plus de quatre mois.

[399] En 2023, le taux d'appels aboutis reste en deçà de l'objectif de 75% mais s'améliore pour atteindre 66,73 %. En conséquence, un appel sur trois reste sans réponse.
[400] L'indicateur mesure la capacité de la plateforme ou de la caisse à répondre à la problématique soulevée par l'usager dès le premier contact. Il baisse si l'usager reprend contact une nouvelle fois. Seule la Cnam l'a mis en place. À la Cnaf, la construction de cet indicateur est en cours.
[401] En 2023, l'indicateur a été scindé en deux : l'un pour le risque maladie, pour lequel le délai moyen constaté est de 26,6 jours, l'autre pour les risques accidents du travail et maladie professionnelles, pour lesquels il atteint 36,5 jours.
[402] En 2023, 41% des pensions de réversion ont été traitées en plus de 90 jours.

Tableau n° 34 : indicateurs de délai de traitement (2018-2022)

Indicateur	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
	2018	2022	2022	2022
Remboursement de feuille de soins (maladie)	6,4 jours	6,4 jours	7 jours	Oui
Versement de la première indemnité journalière (maladie)	30,3 jours	32,7 jours	25 jours	Non
Traitement de demande de prestation légale (famille)	16,7 jours	17,1 jours	16 jours	Non
Traitement des minima sociaux (famille)	13,7 jours	14,6 jours	12,5 jours	Non
Dossiers (droits propres) déposés 4 mois avant départ en retraite (vieillesse)	43,2 %	57,8 %	80 %	Non
Dossiers (droits propres) notifiés avant départ en retraite (vieillesse)	61,5 %	69,2 %	80 %	Non
Dossiers (droits dérivés) notifiés dans les 4 mois de la demande	35,8 %	68,9 %	55 %	Oui

Source : Cnaf, Cnav et Cnam

Complexité administrative et confiance dans les services publics

Une enquête de la direction interministérielle de la transformation publique[403] confirme le niveau élevé de la confiance dans les services sociaux mais aussi leur trop grande complexité : entre 13 % et 30 % des répondants ont jugé les démarches à accomplir très complexes selon les événements de vie considérés et la catégorie d'usagers concernée (nationaux, étrangers, handicapés, etc.). Ce ratio a augmenté entre 3 et 4 points pour les branches de 2018 à 2022. Le risque de commettre des erreurs dans ses démarches est jugé élevé[404] et, en cas d'erreur, 40 % à 50 % des répondants selon les branches jugent manquer d'information sur la démarche à suivre pour la corriger.

[403] *Baromètre de la complexité administrative et de la confiance en l'administration par événements de vie*, 3 janvier 2023.
[404] Près de 60 % pour les démarches relatives à la précarité financière, au logement et la préparation au départ à la retraite, 45 % pour les démarches portant sur la santé.

B - Un nombre important d'erreurs, source de réclamations

Le niveau d'erreur dans le calcul et le versement des prestations est élevé et la qualité des réponses qu'apportent les caisses n'est pas toujours satisfaisante. Trop d'usagers doivent multiplier les contacts, et les réclamations sont en hausse dans les branches famille et vieillesse.

1 - Un paiement à bon droit des prestations manquant de fiabilité

La qualité de la liquidation des prestations est un élément important du service rendu aux assurés. Cependant, les niveaux d'erreurs sont élevés et hétérogènes entre les branches, sans amélioration par rapport aux années précédentes[405]. Les taux d'erreur s'établissent à 3,3 % des prestations en nature de la branche maladie, à 7,4 % des prestations de la branche famille[406] et à 1,2 % des pensions liquidées pour la branche vieillesse. Ces erreurs sont en faveur des assurés dans 95 % des cas pour la branche maladie, dans 80 % des cas pour la branche famille et seulement dans 36 % des cas pour la branche vieillesse.

Pour la branche vieillesse, une prestation de retraite nouvellement attribuée en 2023 sur huit a été affectée d'une erreur de portée financière, ratio qui progresse peu. Pour les branches maladie et accidents du travail, le taux est d'une indemnité journalière sur dix, en légère amélioration par rapport à 2021. L'importance de ces niveaux d'erreurs contribue à expliquer les montants de réclamations.

2 - Des réponses insatisfaisantes apportées aux usagers

Les demandes – ou tentatives de demande – répétées de la part d'un même usager, quand elles sont fréquentes, constituent un signe de qualité insuffisante de la relation entre la caisse de sécurité sociale et l'usager.

Dans la branche maladie en 2022, la part des usagers contraints de réitérer leur demande avant d'être satisfaits a été de 25,8 % pour les courriels,

[405] Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2022*, mai 2023.

[406] Pour la branche famille, ce sont la prime d'activité, le revenu de solidarité active et les aides au logement qui engendrent le plus d'indus et de rappels du fait d'erreurs déclaratives des allocataires non corrigées après contrôle interne. La Cour n'a pas certifié les comptes de la branche famille pour 2022.

de 14,9 % pour les appels téléphoniques et de 8 % pour l'accueil physique, avec ou sans rendez-vous. 6 % des usagers ont dû contacter au moins cinq fois la caisse pour obtenir une réponse qu'ils estiment satisfaisante.

Dans les branches famille et vieillesse, les contacts réitérés ne sont pas analysés au niveau national[407]. Ils sont mesurés *via* un indicateur reposant sur le seul sentiment des usagers, qui doit être amélioré pour identifier les causes de ces contacts multiples, améliorer les processus de traitement des demandes et mieux en maîtriser les flux.

Les taux élevés de répétition de contact s'expliquent en partie par la mauvaise qualité des informations fournies lors du premier échange. Selon une étude de la Cnam, près des deux tiers des réponses apportées aux usagers sont erronées. Dans la branche famille, un bilan national établi en 2022 montre que 22 % des réponses apportées au téléphone et aux courriels[408] sont non conformes et 15 % incomplètes.

3 - Un nombre de réclamations en hausse

Le nombre de réclamations est en augmentation pour les branches famille et vieillesse et en baisse de 60 % pour la branche maladie en 2023, avec 650 000 réclamations contre 1,6 million en 2020. Cette baisse n'est pas liée à une amélioration de la qualité du service rendu mais à l'application d'une nouvelle règle, qui impose depuis 2020 que les réclamations soient écrites[409].

[407] Les requêtes utilisées par les CAF sont locales et ne permettent pas de connaître tous les motifs de contacts, ni même de savoir si les différents contacts concernent la même demande. La Carsat Midi-Pyrénées précise ne pas être en mesure, faute d'outils, d'analyser les causes de la répétition de contacts.

[408] La branche famille recourt à des enquêtes « mystère » pour évaluer la qualité des réponses téléphoniques. La branche maladie prévoit de reprendre la mise en œuvre de supervisions nationales croisées (faites par une autre plateforme), abandonnées en 2020. Cette supervision montrait notamment que seules 5,2 % des plateformes atteignaient l'objectif de réponses justes, conclusives et respectant les règles de secret professionnel.

[409] L'assuré qui souhaite déposer une réclamation doit le faire par courriel dans son compte Ameli ou par courrier postal.

Graphique n° 37 : évolution du nombre de réclamations par branche (en milliers)

Note : Pour la Cnav (échelle de droite), les valeurs présentent le nombre des réclamations en milliers. Pour la Cnam et pour la Cnaf (échelle à gauche) les valeurs sont en milliers. Pour 2023, le nombre de réclamations de janvier à juin a été multiplié par deux pour obtenir la tendance annuelle.
Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les caisses nationales

Au sein de la branche famille, le nombre total de réclamations a augmenté de plus de 30 % entre 2018 et 2022, passant de de 2,6 à 3,4 millions. Parmi elles, les réclamations par courriel sont passées de moins de 0,3 à plus de 1,1 million. Les autres modes (téléphone et visites) sont restés stables et les réclamations par courrier, très minoritaires, ont fortement baissé.

L'incompréhension d'une décision concernant l'assuré et le non-paiement (indemnités journalières, prestations sociales, etc.) représentent les deux-tiers des réclamations des branches maladie et famille.

II - Face à un nombre croissant de sollicitations, une offre de services en évolution

Les branches maladie, famille et vieillesse de la sécurité sociale ont fait face à une hausse des sollicitations de la part des usagers, avec des visites, des appels téléphoniques traités et des courriels reçus en augmentation moyenne de 15 % entre 2019 et 2023. L'augmentation est forte pour la branche vieillesse (+ 35 % entre 2019 et 2022) et pour la branche famille (+ 21 %). Pour la branche maladie, la stabilité du nombre de contacts masque des changements dans les services fournis.

Pour répondre à cette demande croissante, des services numériques ont été développés -ce qui n'est pas sans poser des difficultés à certains usagers- (A), les canaux de contact traditionnels, téléphone et accueil physique, ont été réduits et les espaces France Services sont montés en puissance (B).

A - Une incitation à utiliser les services numériques dans un contexte de fracture numérique

Une évolution marquante des services offerts par les caisses de sécurité sociale a été le développement du numérique, devenu le canal privilégié de la plupart des usagers. L'offre de services proposée doit toutefois être complétée et améliorée, en particulier pour mieux répondre aux besoins de ceux qui éprouvent des difficultés avec l'usage d'internet.

1 - Une utilisation croissante des comptes personnels en ligne qui fait d'internet le canal de contact le plus utilisé par les usagers

Les services numériques (site internet et application mobile) sont devenus le premier canal de contact des usagers, conformément à la stratégie des branches tendant à développer l'utilisation des espaces personnels en ligne et les téléservices.

Entre 2019 et 2023, le nombre d'assurés ayant créé un compte Ameli a augmenté de plus de 20 % par rapport à 2019 et a atteint 41,2 millions, soit 80 % du public potentiel. Dans la branche vieillesse, 17,2 millions de personnes disposent d'un espace personnel en 2023. Le dépôt en ligne des demandes de retraites est passé de 34 % en 2019 à 65 % en 2022. Le nombre de comptes personnels créés à la branche famille était de 17,6 millions au 31 décembre 2021 pour 33,1 millions de personnes couvertes par les prestations légales.

Ce développement des services numériques répond à la demande du plus grand nombre. Il ne doit toutefois pas laisser de côté ceux qui ne maîtrisent pas les usages des outils numériques ou qui rencontrent des difficultés dans la lecture ou la pratique de la langue française[410].

[410] D'après l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme et l'Insee, la France compte près de 2,5 millions d'illettrés, dont 20 % d'allocataires de minima sociaux. 15,4 % des personnes de 15 ans ou plus résidant en France sont en situation d'illectronisme. Plus de 50 % des personnes ayant du mal avec la lecture, l'écriture ou le calcul sont réticents à la connexion et à l'utilisation des outils numériques. 28 % des usagers d'internet ont des capacités numériques faibles.

Conscientes de ces difficultés, les branches ont adopté des stratégies d'inclusion numérique, qui figurent dans leurs conventions d'objectifs et de gestion 2018-2022.

Les actions conduites par la Cnaf lui ont permis de mieux connaître les publics éloignés du numérique, d'expérimenter des solutions adaptées à leurs besoins et de proposer des outils afin d'accompagner les caisses locales. Leur déploiement est hétérogène selon les territoires.

Au sein de la branche maladie, les caisses primaires animent depuis 2020 des ateliers collectifs pour les usagers dont le niveau est intermédiaire[411] et renvoient l'animation des ateliers pour les usagers débutants à des partenaires de médiation numérique, financés à travers le fonds d'action sanitaire et sociale. En 2022, 62 484 accompagnements numériques ont été réalisés, contre 29 754 en 2021[412], ce qui a notamment permis la création de 5 000 comptes Ameli.

Ces actions doivent cependant être menées à plus grande échelle et être évaluées.

2 - Une offre numérique en progression constante, mais encore incomplète

L'offre de téléservices offerte par les caisses de sécurité sociale s'est élargie depuis 2019 dans toutes les branches. Les avancées ont principalement porté sur les demandes de prestations, les opérations courantes, la prise de rendez-vous en ligne et la création d'espaces consacrés à certaines catégories d'usagers. Les branches famille et maladie ont mis en place des robots conversationnels en ligne pour répondre à des questions d'ordre général. Ils ne permettent toutefois pas d'interagir immédiatement avec l'usager si ce dernier n'est pas satisfait des réponses qui lui sont apportées.

La prise de rendez-vous *via* le site internet est désormais possible dans toutes les branches. La portée de cette avancée est néanmoins tributaire des créneaux de rendez-vous ouverts. Dans certaines caisses, selon les jours ou les heures de connexion, les usagers ne peuvent pas

[411] Usagers qui ne sont pas atteints d'illectronisme, qui possèdent au moins un smartphone et qui ont la capacité de se relier à un wifi collectif.
[412] 2 % des actions en faveur de l'inclusion concernent des transferts d'orientation vers un partenaire de la médiation numérique.

prendre de rendez-vous avec une personne physique[413]. Dans les branches vieillesse et maladie, il faut disposer d'un espace personnel pour prendre, *via* internet, un rendez-vous dans une agence.

La branche maladie a développé depuis 2021 l'offre « mon espace santé », qui permet aux usagers, pour eux-mêmes et pour leurs enfants mineurs, de consulter leur dossier médical partagé et de communiquer avec les professionnels de santé par une messagerie sécurisée. Toutefois, les usagers de ce service restent encore en nombre limité, 26 % seulement ayant complété leur profil médical[414].

Des téléservices de demandes de prestations ont été créés pour les pensions de réversion par la branche vieillesse ou les pensions d'invalidité par la branche maladie. Au sein de la branche famille, un espace consacré aux personnes qui assistent une personne majeure faisant l'objet d'une protection juridique (tuteurs, curateurs, etc.) permet d'accomplir directement certaines démarches pour la personne protégée.

Malgré ces progrès, les téléservices nécessitent d'être complétés et améliorés : sauf exception, le suivi en ligne des dossiers ne permet pas à l'usager de connaître précisément l'état d'avancement de l'instruction de son dossier, ce qui suscite des flux de contacts inutiles.

L'homogénéisation et l'amélioration des sites internet doivent être poursuivies. Dans la branche famille, les motifs pour prendre rendez-vous en ligne ne sont pas homogènes d'une caisse locale à l'autre et sont parfois incomplets. Si l'allocataire n'a pas pu se rendre à son rendez-vous, il n'existe pas d'alerte automatique ou de file d'attente qui faciliterait la réattribution d'un nouveau rendez-vous. Dans la branche vieillesse, le téléservice relatif à la régularisation des carrières, s'il permet aux assurés de moins de 55 ans de compléter d'éventuels éléments manquants de leur carrière, ne permet pas de corriger directement des anomalies relatives à leur carrière. Enfin, le dépôt de justificatifs en ligne n'est possible dans la branche maladie que si le téléservice le prévoit, comme pour une demande de carte vitale[415].

---

[413] À titre d'exemple, dans la Carsat d'Île-de-France, l'usager doit sélectionner chacune des agences du département pour connaitre les créneaux disponibles. Si aucun n'est ouvert, aucune information ne précise les futures dates de disponibilité.

[414] Ralfss 2024, *Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir*, chapitre X.

[415] En revanche, la transmission photographique d'une feuille de soins ou d'un certificat médical n'est pas possible sur le site internet. Elle l'était sur l'application mobile mais a été arrêtée.

Enfin, toutes les demandes de prestations ne sont pas accessibles par téléprocédure : c'est notamment le cas de l'allocation de solidarité aux personnes âgées[416] ou du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant pour les familles faisant appel à une crèche ou à une micro-crèche.

Sur les applications mobiles, les offres de service des branches sont moins nombreuses que sur les sites internet[417]. Elles devront être enrichies et, autant que possible, alignées, une partie des usagers disposant d'un téléphone mobile mais pas d'un ordinateur.

3 - Une évaluation contrastée des téléprocédures par les usagers

Selon les données de l'observatoire de la qualité du numérique d'avril 2023[418], une vingtaine de téléservices délivrés par les trois branches ont été évalués directement par les usagers. Cette évaluation comporte des biais et des limites[419] mais elle permet de connaître les difficultés et les attentes des utilisateurs. Elle confirme la nécessité pour les branches de poursuivre et d'intensifier leurs efforts sur la disponibilité de leurs téléservices afin de les rendre accessibles au plus grand nombre.

Les notes de satisfaction sont contrastées selon les branches et les téléprocédures[420]. 36 % seulement des téléservices de la branche famille sont jugés disponibles par les usagers. La situation est plus favorable pour les branches vieillesse et maladie, avec des taux de disponibilité respectivement de 67 % et de 100 %. Les données d'octobre 2023 traduisent néanmoins des améliorations dans la disponibilité des services pour les téléprocédures précédemment évaluées.

Beaucoup de téléprocédures ne sont pas accessibles - ou pas suffisamment, selon les branches - aux personnes handicapées. La branche

[416] Pour demander cette prestation, sauf quand il y a un accueil tout venant, l'assuré doit récupérer le formulaire sur internet et l'envoyer par courrier ou par courriel à partir de son espace personnel en ligne.
[417] Dans la branche maladie, sur près de 88 démarches recensées par la Cnam, 17 ne sont pas disponibles *via* le site internet, 38 pour l'application mobile.
[418] Produit par la direction interministérielle du numérique, *Tableau de suivi - Vos démarches essentielles* (numerique.gouv.fr).
[419] Elle est faite par les usagers interrogés, sans vérification de leur utilisation effective du service évalué.
[420] Les téléservices rattachés à la branche vieillesse présentent tous une note de satisfaction des usagers inférieure à 7 sur 10, ceux de la branche maladie une note supérieure à 8. Pour la branche famille, la moitié a une note supérieure à 8, un quart comprise entre 7 et 8 et un quart inférieure à 7.

maladie, qui accusait un retard sur ce point par rapport aux autres branches en avril 2023, a progressé en fin d'année. Le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale 2023-2027 prévoit plusieurs actions transversales tendant à améliorer l'accessibilité des services proposés aux usagers, en particulier ceux en situation de handicap, qui devront être consolidées.

B - Une évolution contrastée des contacts traditionnels entre les usagers et les caisses et une montée en puissance des espaces France services

De 2014 à 2018, l'usage des comptes personnels et des téléservices a entraîné une baisse du nombre de visites dans les accueils et du nombre d'appels téléphoniques dans les trois branches. La crise sanitaire a instauré de nouvelles habitudes chez les usagers, qui, sauf exception, utilisent désormais plus fréquemment le téléphone que les autres modes de contacts traditionnels.

1 - Un accueil téléphonique à améliorer dans un contexte d'augmentation du nombre d'appels

Entre 2019 et 2022, les flux d'appels téléphoniques traités ont augmenté de 50 % dans la branche famille et de 22 % dans la branche maladie[421], contre 5,6 % dans la branche vieillesse. À l'inverse, la hausse des courriels reçus est plus marquée dans la branche vieillesse (+ 44 %) que dans les branches famille et maladie (+ 6 à 7 %).

Pour faire face à la hausse des flux et améliorer les taux d'appels aboutis, les branches famille et maladie ont augmenté les effectifs affectés à la réponse téléphonique entre 2018 et 2022. La proportion de salariés en contrat à durée déterminée y est toutefois importante (en 2022, 28 % pour la branche famille et 16 % pour la branche maladie[422]), alors que ces métiers nécessitent une expertise de plus en plus poussée.

Les temps d'attente au téléphone restent par ailleurs beaucoup trop longs et variables selon les plateformes.

[421] Les appels reçus connaissent une hausse de 72 % dans la branche maladie entre 2020 et 2022.
[422] Contre respectivement 31% pour la branche famille et 11 % pour la branche maladie en 2021.

De très longs temps d'attente au téléphone

Dans la branche maladie, le temps d'attente moyen a été multiplié par près de 4 entre 2018 et 2022, passant de 2,5 à 9,5 minutes. Il était encore de près de 6 minutes à fin décembre 2023, avec de fortes disparités entre les plateformes[423] : 4 minutes en Saône-et-Loire et 9 minutes dans les Hauts-de-Seine. À fin août 2023, l'attente des usagers atteignait 14 minutes dans les Bouches-du-Rhône.

Dans la branche famille, le temps d'attente moyen était de près de 8 minutes en 2022, allant de 3 minutes et demi à plus de 12 minutes selon les plateformes.

Dans la branche vieillesse, le temps d'attente moyen était de 5,2 minutes en 2023.

Une performance accrue des plateformes suppose que les branches poursuivent les actions engagées visant la correcte adéquation entre le nombre d'appels et l'effectif alloué, la diminution du recours à des agents sous contrat durée déterminée et la stabilisation des équipes de téléconseillers.

Un autre axe d'amélioration concerne la qualité des réponses, trop souvent erronées (cf. *supra*). Il conviendrait de renforcer l'expertise des agents chargés des réponses de premier niveau. Un transfert immédiat des appels non-résolus et urgents vers le second niveau pourrait être expérimenté, à la condition d'avoir préalablement bien défini le périmètre concerné. L'utilisation de l'intelligence artificielle générative pourrait être envisagée pour faciliter la réponse des agents aux questions complexes, faisant fréquemment l'objet de réponses erronées. Enfin, dans chaque branche, les équipes expertes devraient davantage prendre l'initiative de contacter les usagers, notamment avant toute demande de pièces justificatives, afin de réduire le nombre d'appels et de courriels de la part des usagers.

2 - Moins d'accueils physiques pour les démarches inopinées, une priorité donnée aux rendez-vous

Ces dernières années, la politique d'accueil des branches a changé, avec une priorité donnée aux rendez-vous téléphoniques ou physiques[424].

[423] En 2022, l'écart entre le temps d'attente le plus élevé et le moins élevé est de 1 à 3. Seule une plateforme répond en moins de 4 minutes.

[424] Depuis 2020, la Cnam demande aux caisses primaires de déployer massivement l'offre de rendez-vous et les appels préparatoires. Auparavant, l'objectif était de développer des postes Ameli en libre-service.

Cela a eu des répercussions sur les conditions d'accueil et sur le nombre de visites des usagers.

Le nombre de points d'accueil physique a baissé de plus de 60 % depuis 2014 dans la branche maladie, depuis 2016 dans la branche famille. Le nombre de visites des usagers, avec ou sans rendez-vous, a parallèlement baissé, entre 2019 et 2023, de 47 % pour la branche maladie et de 40 % pour la branche famille.

Graphique n° 38 : évolution du nombre d'implantations physiques des branches du régime général

Source : Cour des comptes à partir des données fournies par les caisses

Pour la branche vieillesse, malgré un nombre de points d'accueil resté stable, le nombre de visites a baissé de 37 %.

L'accueil tout venant tend à se réduire dans toutes les branches et à se limiter aux cas d'urgence et aux aides aux démarches en ligne, parfois à une information de premier niveau. Dans la branche vieillesse, certaines Carsat l'ont maintenu alors que d'autres ne fonctionnent que sur rendez-vous. La Cnaf l'a limité mais a indiqué qu'elle allait engager une démarche tendant à réinstaurer un accueil physique dans les caisses locales.

Par ailleurs, la priorité a été donnée aux rendez-vous, ce qui présente plusieurs avantages : la réduction des flux au guichet, la possibilité de donner à l'usager une réponse plus complète grâce à l'étude préalable de son dossier et, parfois, la possibilité d'éviter le rendez-vous lui-même *via* un appel téléphonique à l'assuré.

Cependant, le système de prise de rendez-vous des branches n'est pas fluide. Les usagers doivent contacter l'un des numéros nationaux ou bien se connecter sur leur compte personnel. Les créneaux disponibles ne sont pas toujours immédiats. Au sein des branches, les délais sont variables.

Pour les CPAM, il était de 3,8 jours en juin 2023, variant de un jour à Agen à près de dix à Rouen.

L'absence de données précises ne permet pas une analyse coût-avantage de la réduction de l'accueil physique non programmé au profit de l'accueil sur rendez-vous.

3 - Les espaces France Services, un partenaire apprécié des usagers mais aux conditions d'accueil hétérogènes

Les espaces France services, qui ont pris le relais des maisons de services au public, sont nés de la volonté des pouvoirs publics de faciliter l'accès des usagers aux démarches administratives et de favoriser l'inclusion numérique[425]. La transformation du dispositif a conduit à augmenter le nombre d'espaces afin que les usagers disposent d'un point d'accueil à moins de trente minutes de leur domicile. En 2023, neuf partenaires nationaux, dont les trois branches prestataires du régime général, participent à ce dispositif et le financent[426].

Activités des espaces France services pour les caisses du régime général

De 2020 à septembre 2023, les espaces France services ont réalisé 4,1 millions d'accompagnements pour des démarches de sécurité sociale. 79 % ont été finalisés en un seul rendez-vous.

Les personnes âgées de plus de 55 ans représentent 60 % des usagers pour les questions relatives à la sécurité sociale (16 % de jeunes de 18 à 26 ans). Dans le domaine de la sécurité sociale, l'aide au départ à la retraite est le premier motif d'accompagnement des usagers.

Le compte rendu des activités des espaces France services n'est pas exhaustif, une partie d'entre eux ne renseignant pas toutes les réponses qu'ils apportent aux usagers de la sécurité sociale.

Les organisations, les moyens mobilisés et la fréquentation des espaces France services rencontrés par la Cour sont hétérogènes. La majorité des agents de ces espaces considère que le champ des informations de premier niveau qu'ils doivent délivrer est insuffisamment explicite. Sa

[425] Circulaire n° 6094-SG du 1er juillet 2019 et loi n° 2022-217 du 21 février 2022.
[426] En 2023, la branche maladie contribue au budget à hauteur de 13,75 % (5 M€), la branche famille 11,75 % (4,3 M€), et la branche vieillesse 6,5 % (2,4 M€).

clarification permettrait de rendre plus homogène le contenu du service rendu et l'accompagnement aux démarches administratives.

Alors que les caisses voient les espaces France services comme un relais de leur présence dans les territoires[427], les agents de ces espaces ne se sentent pas suffisamment soutenus par les caisses pour accomplir leur mission dans des conditions satisfaisantes[428]. Une partie d'entre eux souligne le manque de réactivité des caisses face à leurs questions et la difficulté à les joindre[429]. Une expérimentation pourrait être menée pour leur accorder des créneaux réservés.

III - Un saut qualitatif indispensable pour faciliter les démarches des usagers

La qualité des services rendus aux usagers doit devenir, au même titre que la gestion de la production, une priorité pour les branches. Outre une simplification de la règlementation des prestations, cela implique de porter plus d'attention aux usagers en adaptant les effectifs des caisses (A) et de renforcer les actions destinées à lutter contre le non-recours aux droits et aux services (B). La mise en place des outils visant à fiabiliser le paiement des prestations doit être achevée (C).

A - Porter davantage d'attention aux usagers

L'amélioration du service rendu aux usagers doit passer par une plus grande attention à leur égard. Pour cela, les caisses de sécurité sociale doivent adapter leur effectif à l'intensité de l'évolution des modes de contacts et développer des réponses coordonnées par branches. Le recours à la médiation a permis des progrès.

[427] La Cnam a justifié la réduction du nombre de ses points de contact par l'extension de l'offre de service des EFS.
[428] Pas de créneaux réservés pour les prises de rendez-vous ou les permanences, ni systématiquement d'interlocuteur téléphonique référent pour répondre à des questions urgentes.
[429] Enquête nationale *relations back office* faite par l'Agence nationale de cohésion des territoires en 2022.

1 - Un effectif consacré à l'accueil à mieux répartir en fonction des besoins

Les coûts de la relation de service pour les caisses de sécurité sociale n'ont pas augmenté aussi fortement que le nombre de sollicitations des usagers.

Dans la branche famille, hors liquidation, la hausse des coûts a été de 6,6 %, entre 2019 et 2022, pour atteindre 199 M€. Pour la branche vieillesse, ils sont restés stables. La Cnam a transmis des données lacunaires qui montrent une augmentation de 3 % entre 2019 et 2022 pour atteindre 626 M€.

L'évolution de la dépense est corrélée à celle de l'effectif consacré à l'accueil physique et à l'accueil téléphonique. L'augmentation est de 6,1 % dans les Caf, de 1,6 % dans les Cpam, et la baisse de 6,4 % dans les Carsat, ce qui est cohérent avec l'évolution de l'effectif total de chacune des caisses, tel que défini par les conventions d'objectifs et de gestion.

En lien avec les stratégies des branches et avec l'évolution de la demande des usagers, l'effectif consacré à l'accueil téléphonique a augmenté et celui consacré à l'accueil physique a diminué, sauf pour les rendez-vous. Dans la branche famille, l'effectif consacré aux rendez-vous physiques a, par exemple, augmenté de 430 équivalents temps plein (ETP), entre 2019 et 2023.

Tableau n° 35 : évolution des ETP selon les modes de contacts entre 2019 et 2023 (2022 pour la branche vieillesse)

	Maladie	Famille	Vieillesse
Effectif en 2019	8 185	3 655	1 057
Effectif en 2023	8 323	3 881	990
dont téléphone	+ 1 125	+ 283	+ 61
dont accueil physique	- 940	- 57	- 128
Évolution 2019-2023	1,6 %	6,1 %	- 6,4 %

Source : élaboration Cour des comptes

La répartition des agents des caisses de sécurité sociale s'est adaptée à l'évolution des modes de contacts. Mais leur nombre ne permet pas de répondre avec une même qualité de service à l'augmentation des demandes de contacts, qui est de 15 % en moyenne. Au vu de la dégradation des indicateurs, détaillée plus haut, les caisses doivent veiller à mieux calibrer le nombre de salariés consacrés à l'offre de services, dans le cadre de l'effectif défini dans leur convention d'objectifs et de gestion. À cet égard,

la Cnaf s'est vu attribuer 641 équivalents temps plein supplémentaires, à déployer d'ici 2027, pour rétablir un niveau de qualité de service satisfaisant et homogène sur l'ensemble du territoire.

2 - Développer des réponses coordonnées entre les branches

Dès les précédentes conventions d'objectifs et de gestion, les branches ont pris des mesures pour faciliter l'accès des usagers à leurs droits et les accompagner dans leurs démarches lors de moments de vie réputés difficiles ou complexes. Pour la branche maladie, de tels accompagnements ont été mis en place pour la perte d'un proche, pour les personnes écrouées ou sans abri, etc. Ils ont vocation à éviter un traitement en silos des dossiers d'usagers et doivent se traduire par la délivrance d'une information personnalisée et plus complète.

En 2021, la branche famille a généralisé un parcours « séparation », destiné à informer les usagers en cas de divorce ou de rupture du couple, y compris en cas de violences conjugales ou intrafamiliales. Le parcours informe sur les étapes et sur les démarches à suivre. Il aide les usagers à percevoir les prestations et les aides disponibles. Un premier bilan, en 2022, a montré que son déploiement était important mais partiel. Des caisses locales ont souhaité, notamment, une meilleure prise en compte des publics fragiles. Il est prévu que le parcours soit étendu à la branche maladie en 2024, avec des actions communes aux deux branches.

La Cnav privilégie, quant à elle, l'échange de données entre caisses pour proposer des accompagnements. À partir de listes de bénéficiaires du revenu de solidarité active et de l'allocation aux adultes handicapés, proches de l'âge légal de la retraite, transmises par les Caf, les Carsat contactent les personnes concernées afin de les accompagner dans le dépôt de leur dossier de retraite. La part des droits à pension ouverts après ces démarches est désormais connue et suivie au niveau national[430].

Les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion et le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale prévoient l'expérimentation et le déploiement de parcours

[430] En 2024, la Cnav dispose de l'information relative à la substitution de la pension de retraite à l'allocation aux adultes handicapés, qui lui permet de suivre les dossiers d'assurés bénéficiaires.

nationaux interbranches[431]. Ceux-ci devront être évalués et leur reconduction subordonnée aux résultats de cette évaluation.

3 - Continuer à promouvoir la médiation

Le médiateur est devenu, comme la défenseure des droits, une figure connue des usagers, qui peuvent le saisir directement. La place de la médiation est en constante augmentation durant la période sous revue.

La plupart des demandes concernent le montant des prestations et émanent de personnes en situation précaire. Dans la branche maladie, un des deux motifs principaux de saisine est le non versement de revenus de substitution depuis plus de deux mois. Pour la branche vieillesse, les deux principaux motifs portent sur les délais de traitement et sur le montant de la pension.

Le recours au médiateur entraîne, dans un certain nombre de cas, la correction de sommes versées. Pour la branche famille, son intervention a été, en 2022, à l'origine de 15,6 M€ de régularisations en faveur des allocataires et de la détection de 2 M€ d'indus.

B - Mieux lutter contre le non-recours aux droits, un enjeu de solidarité sociale et d'égalité de traitement des assurés

Le non-recours aux droits correspond à la situation où une personne éligible à une prestation sociale ne la perçoit pas. La loi a inscrit en 2019 la lutte contre le non-recours dans les missions des organismes nationaux de sécurité sociale du régime général[432].

[431] La COG 2023-2027 de la branche maladie stipule qu'un parcours coordonné en interbranche doit être réalisé par année. Le premier sera le parcours « séparation » précité.
[432] Articles L 221-1, L 222-1 et L 223-1 du code de la sécurité sociale. Les organismes sont aussi tenus de mener « toutes actions de nature à détecter les situations dans lesquelles des personnes sont susceptibles de bénéficier de droits ou de prestations et à accompagner ces personnes dans l'accès à leurs droits et aux services des prestations auxquelles elles peuvent prétendre », seuls ou en lien avec des partenaires (article L 261-1 du code de la sécurité sociale).

1 - Le non-recours aux droits : des causes identifiées, des évaluations à effectuer à un rythme régulier

L'accès aux droits sociaux constitue un axe essentiel de la politique de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. La lutte contre le non-recours aux droits concrétise le principe d'égalité de tous devant la loi.

D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la sécurité sociale, la principale cause du non-recours aux droits provient d'un manque d'informations (40 %). Les autres raisons sont la complexité des démarches à accomplir (23 %), la crainte des conséquences négatives (18 %) et le souhait de ne pas dépendre des aides sociales ou de ne pas être considéré comme une personne assistée (16 %). Entre 2016 et 2021, la proportion d'usagers estimant manquer d'information a reculé de 17 points et celle de ceux qui craignent de subir des conséquences négatives a beaucoup augmenté.

Une étude réalisée par la Cnav a montré qu'en 2017, un peu plus de 10 % des assurés des générations de 1927 à 1947, soit près d'un million de retraités, n'avaient pas réclamé leur pension de retraite de base du régime général, ce qui représentait près de 2 Md€ annuels de pensions non versées.

La Drees estime le taux de non recours à 34 % pour le revenu de solidarité active (RSA), 27 % pour la prime d'activité, 50 % pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et 67 % pour la complémentaire santé solidaire sans participation financière[433], soit 3 Md€ non versés pour le RSA et 1 Md€ pour l'Aspa.

Il conviendrait d'actualiser ces estimations et de les étendre à d'autres prestations importantes versées par les organismes de sécurité sociale telles que l'allocation aux adultes handicapés, les aides au logement ou la pension de réversion.

2 - Améliorer la détection des usagers n'ayant pas fait valoir leurs droits

Chaque branche mène des actions contre le non-recours aux droits, certaines en collaboration avec d'autres branches ou avec des partenaires. Les caisses nationales en supervisent une partie mais laissent leur réseau libre d'en mener d'autres, en lien avec les besoins des territoires.

[433] *Dossiers de la Drees* n° 97, n° 92 et 107.

Les actions directes ciblent spécifiquement le non-recours. Les actions indirectes consistent à mieux informer les usagers sur leurs droits et à simplifier leurs démarches. Par exemple, la Cpam de Haute-Garonne a mis en place un service destiné à faciliter les démarches administratives pour les malades atteints du cancer et/ou leurs aidants afin qu'ils puissent se concentrer sur leurs soins. Les effets de ces actions ne sont pas tous mesurés ni suivis.

Les campagnes nationales d'accès aux droits : un suivi à renforcer, des résultats à améliorer

Les résultats des campagnes nationales d'accès aux droits ne sont pas toujours évalués ou connus et, quand ils le sont, présentent des résultats faibles.

Dans la branche maladie, le nombre de droits ouverts à l'issue de campagnes visant le droit à la complémentaire santé solidaire ou ciblant des publics particuliers comme les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, les retraités et les chômeurs, n'est ni connu ni disponible.

Dans la branche vieillesse, une campagne a été lancée en 2023 à l'attention des assurés pensionnés de la SNCF de plus de 70 ans ayant cotisé plusieurs trimestres au régime général mais n'ayant pas fait valoir leurs droits ; sur les 12 224 assurés contactés, 22 % ont déposé un dossier de retraite personnel, ce qui a conduit à servir près de 2 600 pensions.

Le taux d'ouverture de droits à la prime d'activité, enregistré à l'issue des campagnes d'accès aux droits, est inférieur à 10 % dans la branche famille. La Cnaf a entamé une démarche tendant à mieux cibler les bénéficiaires potentiels, à travers, notamment, l'utilisation des données du dispositif de ressources mensuelles. La mise en œuvre de cette action était subordonnée à une évolution des textes, intervenue récemment[434].

La Cnaf organise des « rendez-vous des droits », entretiens personnalisés destinés à étudier l'éligibilité des usagers aux prestations et aides de la branche mais aussi à les informer sur d'autres dispositifs gérés par des partenaires[435].

[434] Décret n° 2024-50 du 29 janvier 2024 modifiant le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019.

[435] En 2022, la branche famille a organisé 329 410 rendez-vous, dont un quart a été suivi d'une ouverture de droits.

Les Cpam ont mis en œuvre des « missions d'accompagnement santé » afin d'aider les personnes qui le souhaitent à accéder à leurs droits ainsi qu'à des soins et à s'orienter dans le parcours de santé[436].

Le ciblage des campagnes d'accès aux droits pourrait être amélioré en évaluant préalablement les démarches déjà mises en œuvre, en particulier celles menées en partenariat avec d'autres organismes.

C - Achever la fiabilisation des outils de versement des prestations

Les grands projets à vocation inter-branches portant sur la fiabilisation des données sociales devraient avoir un effet majeur sur la qualité de service pour l'ensemble des assurés, une fois qu'ils seront complètement opérationnels.

1 - Rendre effectif le principe du « dites-le nous une fois »

Afin de réduire les démarches multiples des usagers, il convient de renforcer les échanges de données informatisées entre les administrations et les organismes de protection sociale. C'était l'objet des dispositions de la loi pour un État au service d'une société de confiance[437] en 2018 puis de la loi relative à la différenciation, la décentralisation et la déconcentration (dite 3 DS) en 2022[438] pour mettre en œuvre le principe du « dites-le nous une fois » et réduire les démarches multiples.

Malgré les objectifs fixés par le législateur, des questions restent à trancher sur les éléments à prendre en compte pour chaque demande de prestation, sur les données nécessaires à la liquidation, et sur l'harmonisation des coordonnées relatives aux usagers. Le nouveau schéma stratégique des systèmes d'information 2023-2027 entend y apporter une réponse. Une annexe *ad hoc* est prévue dans chacune des conventions d'objectifs et de gestion récemment conclues avec les branches. Il importe donc que ces travaux engagés s'accélèrent, plusieurs années après l'adoption des textes législatifs.

[436] En 2022, 202 817 personnes ont été accompagnées dont 51 % pour des droits et 49 % pour des soins, contre 84 343 personnes en 2019.
[437] Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 et décret n° 2019-31 du 18 janvier 2019.
[438] Article 162 de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022.

2 - Accélérer le déploiement des outils de fiabilisation des prestations

Le dispositif de ressources mensuelles (DRM)[439] est un outil central pour la modernisation de la délivrance des prestations sociales versées sous condition de ressources. Il vise à faciliter l'accès aux prestations en allégeant les déclarations de revenus des allocataires, à rendre plus efficient le calcul des droits, à lutter contre le non-recours, ou encore à simplifier la gestion pour les organismes de sécurité sociale.

Cependant, le calcul des prestations reste complexe car certaines données du DRM ne sont pas complètes[440] et d'autres types de ressources doivent encore être déclarées par les assurés, ce qui peut être source de dysfonctionnements.

La Cour a déjà analysé[441] les possibilités offertes par ce dispositif, après la réforme des allocations logement. Il était prévu d'étendre son utilisation au revenu de solidarité active et à la prime d'activité, ce qui a été expérimenté par cinq Caf en 2022. Après avoir été plusieurs fois repoussé, le déploiement à l'ensemble du réseau est prévu en 2024.

La direction de la sécurité sociale prévoit d'étendre le dispositif en 2025 à l'allocation supplémentaire d'invalidité et aux pensions d'invalidité. Une procédure unifiée de demande de prestations devrait être créée pour les caisses d'allocation familiale en 2025 ou en 2026. Le dispositif de ressources mensuelles pourrait être aussi utilisé pour le calcul des prestations familiales et de l'allocation aux adultes handicapés, sans dates fixées à ce jour.

La branche vieillesse développe un répertoire de gestion des carrières unique afin de regrouper en un seul système d'information les données de carrière des assurés. L'objectif est de contribuer à améliorer la liquidation des pensions de retraite. Les travaux de certification de la Cour des comptes ont montré qu'il existe toujours des problèmes de synchronisation entre les différents systèmes d'information actuels[442].

---

[439] Créé à l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.
[440] Déclarations absentes, tardives, incomplètes ou présentant des erreurs sur les montants.
[441] Cour des comptes, Ralfss chapitre IX, *Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer*, 2022.
[442] Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2022*, mai 2023.

3 - Simplifier et enrichir le portail des droits sociaux

La direction de la sécurité sociale a fait le constat des difficultés des usagers face à la multiplication de comptes individuels cloisonnés au sein de la sphère sociale (ameli.fr, CAF.fr, assuranceretraite.fr, etc.). Elle a mis en place en 2017 le portail numérique des droits sociaux, accessible via l'adresse « mesdroitssociaux.gouv.fr », qui regroupe, dans un seul et même portail, l'ensemble des informations concernant la protection sociale pour les différentes branches de la sécurité sociale et pour Pôle emploi.

Il est désormais possible à un usager de vérifier directement dans ce portail l'exactitude des données relatives aux ressources, collectées par les organismes de protection sociale, de simuler ses droits aux prestations et d'être orienté vers le bon interlocuteur en cas d'éligibilité.

Cependant, la présentation, les services offerts et les modalités d'utilisation du portail en limitent fortement les apports et ne sont pas adaptés aux personnes ayant des difficultés avec l'informatique. Le portail donne accès aux sites des différentes branches, qui ne sont toujours pas interconnectés, sans les intégrer.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les stratégies mises en œuvre par les branches pour la relation de service n'ont pas abouti aux résultats escomptés, comme le montrent la dégradation des indicateurs de satisfaction et la hausse des réclamations. Les offres de services numériques, en progression constante, restent à compléter pour en faciliter l'usage pour tous les publics, notamment ceux en situation de handicap.

Améliorer la qualité des réponses aux usagers suppose de mieux maîtriser les délais et de disposer d'une expertise suffisante. Pour cela, les caisses doivent se doter d'outils plus adaptés et affecter des salariés en nombre suffisant à la prise en charge des usagers, dans le cadre défini par les conventions d'objectifs et de gestion signées avec l'État.

Des outils informatiques permettant la fiabilisation des liquidations et du paiement des prestations sont en cours de déploiement. Leur utilisation a vocation à être étendue. Le recours croissant au dispositif de ressources mensuelles, notamment, doit permettre de lutter contre le non recours au droit et aux services. Les conventions d'objectifs et de gestion pour 2023-2027 prennent déjà en compte ces priorités. Les nombreux chantiers en cours devront être menés à bien. Pour cela, la Cour formule les quatre recommandations de gestion suivantes :

31. *contractualiser, dans la continuité de la convention d'objectifs et de gestion, un objectif quantifié d'amélioration de l'accompagnement au numérique des assurés sociaux (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Cnaf et Cnav) ;*
32. *améliorer le ciblage des actions de lutte contre le non-recours aux prestations afin d'augmenter le nombre d'ouverture de droits (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Cnaf et Cnav) ;*
33. *doter les branches de sécurité sociale d'indicateurs permettant d'analyser les causes de contacts répétés par un même assuré et d'en réduire la fréquence (Cnam, Cnaf et Cnav) ;*
34. *améliorer la performance des plateformes téléphoniques en les dotant des outils de suivi nécessaires et en amplifiant les redéploiements d'effectifs engagés (Cnam, Cnaf et Cnav).*

Chapitre X

« Mon espace santé » : des conditions de réussite encore à réunir

PRÉSENTATION

Après plusieurs échecs coûteux, les pouvoirs publics ont entrepris de relancer le dossier médical partagé sous une forme rénovée, dénommée « l'espace numérique de santé » et connue du public sous le nom de « Mon espace santé ». Ce nouveau dispositif, institué par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, repose principalement sur le dossier médical partagé et l'enrichit de nouvelles fonctionnalités. En outre, des chantiers importants sont engagés pour assurer la connexion avec les systèmes d'information des hôpitaux et des professionnels libéraux. L'ensemble poursuit plusieurs finalités : une plus grande autonomie des patients dans la gestion de leurs données, un meilleur suivi par chaque assuré social de sa santé, une maîtrise collective accrue des conditions de déploiement du numérique en santé.

En application de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020, un compte « Mon espace santé » a été créé automatiquement en 2022 pour tous les assurés sociaux, sauf pour ceux ayant exercé un droit d'opposition. Cette opération ne constitue toutefois que la première étape d'un projet dont la mise en œuvre complète doit s'étendre sur plusieurs années. L'enjeu pour les pouvoirs publics est d'assurer une alimentation suffisante des dossiers médicaux partagés par les professionnels de santé libéraux, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, et d'inciter à l'utilisation des données et des services contenus dans ces espaces numériques personnels pour une meilleure prise en charge des patients.

La Cour a examiné ce projet de manière à en cerner les principales caractéristiques, à s'assurer que sa mise en œuvre correspondait aux finalités recherchées, mais aussi à identifier les risques et les conditions de sa réussite. Elle constate que « Mon espace santé » constitue un projet aux enjeux importants, qui peut contribuer à l'amélioration de la prise en charge des assurés sociaux (I). Pour la réussite de ce projet, les contraintes de sécurité informatique à satisfaire sont nombreuses et les usages du dispositif doivent être développés (II).

Chiffres-clés

Nombre de comptes ouverts : 65,1 millions, dont 15 % activés en janvier 2024.

Dépenses prévisionnelles jusqu'en 2027 : 0,7 Md€ par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) + une partie des 2 Md€ de dépenses du Ségur du numérique.

I - Un projet aux enjeux importants, qui peut contribuer à améliorer la prise en charge des patients

Dans le contexte de la mise en œuvre du plan gouvernemental « Ma santé 2022 » et de la feuille de route du numérique en santé, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 a créé « Mon espace santé »[443]. Cet espace santé numérique est composé essentiellement du dossier médical partagé, complété par d'autres services. La loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 a posé le principe de son déploiement à l'ensemble de la population, intervenu en juillet 2022 après une phase d'expérimentation en 2021.

A - Un dispositif fondé sur le dossier médical partagé auquel sont adjoints des services complémentaires

Le dossier médical partagé est un dispositif relativement ancien, institué en 2004, mais son déploiement a achoppé à plusieurs reprises. Les pouvoirs publics ont donc changé d'approche avec « Mon espace santé ».

1 - Les précédents échecs de déploiement du dossier médical partagé

Le dossier médical partagé avait été créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 dans l'optique d'améliorer la coordination des soins grâce au partage des données de santé du patient entre les professionnels de santé assurant sa prise en charge. La mise en place de ce dossier médical

[443] La dénomination légale de ce dispositif (article L. 1111-13-1 du code de la santé publique) est « l'espace numérique de santé ».

dématérialisé avait également pour objectif de permettre des économies sur les dépenses d'assurance maladie, en réduisant les actes redondants.

Par deux fois, en 2004 d'abord, en 2010 ensuite, lors d'une tentative de relance de dispositif, les politiques publiques visant à déployer le dossier médical partagé ont échoué : le nombre de dossiers créés est resté très limité jusqu'en 2016, pour des raisons tenant à la fois à la complexité du dispositif et à une gouvernance inadaptée. Durant cette période, les dépenses consacrées au dispositif se sont cumulées en vain, pour un total que la Cour a estimé à au moins 210 M€ entre 2004 et 2011[444].

En application de l'article 96 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) s'est vu confier la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé [445]. Le nombre de dossiers créés a augmenté : à la fin de l'année 2021, 10,1 millions étaient ouverts, ce qui est resté toutefois nettement en-deçà de l'objectif assigné à la Cnam[446]. Surtout, leur contenu s'est révélé pauvre, faute d'être alimenté par les médecins lors des prises en charge de patients. En conséquence, même avec cette nouvelle gouvernance, le dossier médical partagé n'est pas parvenu à devenir un outil de coordination des soins.

Dans un rapport de novembre 2017[447], la Cour avait relevé que le dossier médical partagé ne serait vraiment efficace qu'aux conditions d'être ergonomique, interopérable et de contenir toutes les informations utiles pour le traitement des patients. Elle avait relevé le risque qu'il se heurte, d'une part, à la réticence des patients, qui peuvent demander que certaines informations n'y figurent pas et, d'autre part, aux difficultés des systèmes d'information hospitaliers pour les alimenter.

2 - Un dossier médical partagé relancé et complété par des services supplémentaires

Principale composante de « Mon espace santé », le dossier médical partagé constitue un lieu de stockage sécurisé, sous la responsabilité de la

[444] Cour des comptes, *Le coût du dossier médical personnel*, juillet 2012 (communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale).
[445] Elle relevait précédemment du groupement d'intérêt public « Asip santé », devenu l'agence du numérique en santé.
[446] La convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Cnam pour la période 2018 à 2022 avait prévu que le nombre de DMP ouverts passe de 3,5 à 40 millions.
[447] Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, rapport public thématique, en ligne sur www.ccomptes.fr.

Cnam, des données de santé de chaque titulaire[448]. Y figurent notamment les traitements prescrits, y compris les vaccinations, les ordonnances électroniques, les résultats de biologie médicale, le compte rendu des examens d'imagerie médicale, ou encore les comptes rendus opératoires et lettres de liaison consécutifs à une hospitalisation.

« Mon espace santé » adjoint au dossier médical partagé un ensemble de services complémentaires, visant à en développer l'usage et donc la qualité des informations incluses.

Une messagerie, développée par la Cnam, doit permettre d'échanger avec les professionnels de santé, à leur initiative. Les données sont cryptées, donc inaccessibles à des tiers.

Un agenda a également été développé par la Cnam pour suivre et planifier les rendez-vous, notamment en se synchronisant avec les plateformes de prise de rendez-vous référencées au catalogue de services. Cet agenda, dont le déploiement est prévu pour le premier trimestre de 2024, doit inclure les rappels de vaccination en fonction de l'âge, du sexe et des vaccins précédents, ainsi que les dépistages préconisés (cancer du sein ou colorectal par exemple). Il transformerait « Mon espace santé » en carnet de santé numérique et interactif.

Les titulaires de comptes ont aussi la possibilité de compléter leur profil médical afin de permettre aux professionnels de santé de disposer d'une vision de leur état de santé ainsi que de leurs directives médicales anticipées.

Enfin, de nouveaux services sont proposés sous la forme d'applications développées par des acteurs privés ou publics et référencées par le ministère chargé de la santé après avis d'une commission *ad hoc*[449]. Ces applications tierces visent à répondre à des besoins de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social. Elles doivent, en application de la loi, garantir la protection des données.

---

[448] Pour la gestion de « Mon espace santé », la Cnam recourt à deux prestataires dans le cadre de marchés publics arrivant à échéance en 2025 : Wordline pour l'hébergement des DMP, et Atos pour la gestion des autres fonctionnalités (création de comptes, identification, gestion des consentements, de la messagerie professionnelle, de l'agenda, du bouquet d'applications, etc.), entreprise confrontée en janvier 2024 à des incertitudes sur sa pérennité.

[449] Commission placée auprès du ministre chargé de la santé, co-présidée par la déléguée au numérique en santé et par le directeur général de la Cnam et associant des représentants d'usagers des services numériques et des personnalités qualifiées dans les différents domaines des outils numériques en santé.

En janvier 2024, 28 applications tierces étaient ainsi disponibles pour les utilisateurs, mais leurs données ne peuvent pas encore être échangées avec les autres composantes de « Mon espace santé ». Un référentiel, défini par un arrêté du 23 octobre 2023 et comportant de nouveaux critères de sécurité[450], devrait permettre à ces applications d'échanger des données avec le dossier médical partagé sous réserve de l'accord des utilisateurs. Elles pourraient, par exemple, utiliser les comptes rendus de biologie médicale.

B - Un changement d'échelle par rapport aux tentatives précédentes

« Mon espace santé » témoigne d'une plus grande ambition que les tentatives précédentes de création d'un dossier médical partagé : un déploiement d'emblée à l'échelle de l'ensemble de la population et une mise à niveau des systèmes d'information des professionnels de santé pour qu'ils puissent interagir. En conséquence, les enjeux financiers du projet sont importants.

1 - Une couverture de l'ensemble de la population en 2022

L'approche antérieure impliquait une démarche active du patient auprès de son médecin traitant ou d'un organisme d'assurance maladie pour la création des dossiers médicaux partagés. Au contraire, la loi de 2020 a retenu le principe d'une ouverture automatique, sauf exercice d'un droit d'opposition d'un compte pour chacun des assurés sociaux. Dans le courant de l'année 2022, 65,1 millions de comptes ont été ainsi ouverts, ce qui en fait une initiative sans réel équivalent à l'étranger[451].

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 prévoit une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) pour tout projet de loi ou de décret relatif à la protection des données à caractère personnel ou au traitement de ce type de données. La Cnil n'a toutefois pas été consultée sur le principe de la création automatique et généralisée des dossiers médicaux

[450] À titre d'exemple, l'exploitant de l'application tierce doit avoir adopté une politique de sécurité des systèmes d'information, et la certification en tant qu'hébergeur des données de santé est requise pour héberger l'application.

[451] Le Danemark et l'Estonie ont déployé, dans les années 2000, des dossiers patients électroniques très intégrés, pour des populations respectives de 5,9 et 1,3 millions d'habitants. Des dossiers médicaux électroniques ont été déployés en Espagne et en Italie, mais sous la responsabilité des régions et non à l'échelle nationale. En Allemagne, le déploiement est assuré par les compagnies d'assurance maladie.

partagés car l'article, non-prévu dans le projet de loi initial, a résulté d'un amendement. Dans ce contexte, les échanges, nourris, entre le ministère et la Cnil, n'ont porté que sur les mesures de mise en œuvre.

2 - Une mise à jour nécessaire des logiciels des professionnels de santé et des hôpitaux

La logique même des comptes « Mon espace santé » est qu'ils soient alimentés et utilisés par les professionnels de santé[452] à l'occasion de la prise en charge des patients. Concrètement, les professionnels de santé consulteraient et alimenteraient les dossiers médicaux partagés au moyen de leurs logiciels professionnels, comme les logiciels de gestion de cabinet des médecins libéraux ou les dossiers patients informatisés dans les hôpitaux.

La possibilité de tels échanges de données dépend d'un important travail de préparation technique, destiné à assurer l'interopérabilité du dossier médical partagé avec les différents systèmes d'information concernés, ainsi que de la mise en œuvre de mesures de sécurité informatique adéquates. L'insuffisance de cette préparation, lors des tentatives précédentes de déploiement du dossier médical partagé, avait contribué à leur échec. Les développements informatiques à effectuer sur les logiciels professionnels nécessitent la définition de référentiels communs et des moyens financiers pour rémunérer les éditeurs informatiques. Les programmes de financement prévoient un montant total de 715 M€, dont 592 M€ pour le volet sanitaire et 123 M€ pour le volet médico-social.

3 - Un dispositif mobilisant d'importants moyens financiers

La Cnam devrait engager d'ici à 2027 un budget de l'ordre de 0,7 Md€ au titre du développement des applicatifs du dossier médical partagé, de la messagerie sécurisée, de l'agenda partagé et de prestations d'hébergement confiées, après appel d'offres, à des prestataires. Ce chantier informatique est, à lui seul, le troisième chantier informatique le plus coûteux parmi ceux recensés par la direction interministérielle du numérique[453].

[452] Médecins libéraux, radiologues, biologistes médicaux, pharmaciens d'officine, hôpitaux et établissements médico-sociaux, avant une prochaine extension aux dentistes, aux sages-femmes et aux infirmiers.
[453] Source : panorama des grands projets numériques de la Dinum (juin 2023).

À ce montant, il convient d'ajouter une part importante des dépenses prévues au titre du Ségur du numérique[454], dont l'enveloppe totale est de 2 Md€ (1,4 Md€ pour le volet sanitaire et 0,6 Md€ pour le volet médico-social). Le Ségur du numérique finance notamment la mise à jour des logiciels pour l'alimentation et la consultation du dossier médical partagé. Ces dépenses seront refinancées par l'Union européenne[455] avant le 31 décembre 2026 si les trois objectifs suivants sont atteints d'ici à la fin 2024 : au moins 40 millions de dossiers créés, au moins 15 millions de documents provenant des professionnels de santé et des hôpitaux, au moins 410 000 dossiers usagers informatisés actifs dans les établissements et services médico-sociaux. Seule la dernière condition reste à remplir et devrait pouvoir être satisfaite dans les délais requis[456].

Le Ségur du numérique en santé

Lancé en août 2021, le Ségur du numérique en santé est une composante du plan national de relance et de résilience proposé par la France et validé par l'Union européenne dans le cadre de son plan de relance Next Generation de l'Union européenne. Son objet est d'accélérer le développement des outils numériques dans le secteur de la santé. Il finance des développements informatiques devant permettre l'interopérabilité des systèmes d'information des différents acteurs de la santé avec le dossier médical partagé. Il constitue donc un élément essentiel de « Mon espace santé ».

Il finance d'autres projets tels que l'ordonnance numérique en ville, la modernisation du système d'envoi de feuilles de soin électroniques ou la sécurisation des moyens d'identification électronique pour les professionnels de soin.

Il est doté d'une enveloppe totale de 2 Md€, allouée aux établissements de santé et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels libéraux, ou aux éditeurs informatiques.

Participent enfin à ces dépenses les moyens alloués au groupement d'intérêt économique Sesam-Vitale (14 M€), ainsi que les crédits budgétaires alloués à l'agence du numérique en santé (9 M€) pour élaborer des référentiels d'interopérabilité et de sécurité, mais aussi pour abonder le

454

455 Le Ségur du numérique est l'une des composantes du plan national de relance et de résilience adopté par l'Union européenne en 2021 dans le cadre du plan de relance *Next Generation EU*.

456 1 552 dossiers usagers informatisés ont été créés en juin 2023.

fonds de concours qui finance les dépenses engagées par la délégation au numérique en santé[457].

L'agence du numérique en santé

Constituée sous forme de groupement d'intérêt public, l'agence du numérique en santé assiste depuis 2020 le ministère chargé de la santé pour la conduite de ses projets numériques.

Elle prépare notamment les référentiels qui précisent les conditions techniques que les systèmes d'information des professionnels libéraux, des hôpitaux et cliniques, et des établissements médico-sociaux doivent respecter pour interagir avec les dossiers médicaux partagés. Elle participe au fonctionnement budgétaire du Ségur du numérique en santé, en finançant l'acquisition par ces différents acteurs de logiciels respectant ces référentiels.

Elle intervient également sur les applications tierces en définissant les référentiels techniques que les exploitants de ces applications doivent respecter et les opérations de vérification à assurer.

C - Un projet dont les objectifs ont été réorientés sans évaluations préalables

La mise en place de « Mon espace santé » traduit un élargissement des attentes par rapport à ce qui avait prévalu initialement pour le dossier médical partagé, mais sans qu'ait été réalisée l'évaluation préalable prévue par les textes.

1 - Une approche renouvelée

À sa création, en 2004, le dossier médical partagé répondait principalement à une préoccupation de partage de l'information entre les professionnels de santé, responsables de la prise en charge du patient. Il avait également pour objectif de réduire le nombre d'actes redondants, en permettant aux médecins de prendre connaissance des examens déjà effectués, dans une optique d'économie de dépenses d'assurance maladie.

[457] Au sein du ministère chargé de la santé, la délégation au numérique en santé est chargée de mettre en œuvre la stratégie du numérique en santé selon le décret n° 2023-373 du 15 mai 2023.

En 2019, la loi instituant « Mon espace santé » a été guidée par des préoccupations différentes[458].La recherche d'économies n'est plus revendiquée ; il s'agit désormais de faciliter la vie quotidienne de l'usager en lui permettant de disposer de l'ensemble de ses documents de santé de manière dématérialisée, de lui donner la possibilité de mieux suivre sa santé au quotidien, d'accéder à de nouveaux services dans le cadre d'un catalogue d'applications dont le contenu doit s'étoffer dans le temps, de maîtriser ses données de santé avec la faculté de les mettre à disposition, ou non, d'un professionnel de santé ou d'un de ces nouveaux services.

À terme, les données cliniques figurant dans les dossiers médicaux partagés pourraient, une fois anonymisées et pseudonymisées, contribuer à enrichir le système national des données de santé[459]. Un projet de règlement de l'Union européenne sur l'espace européen des données de santé, en cours de discussion, devrait en définir le cadre.

Avec les applications tierces, le développement des services numériques, qui doivent répondre aux besoins des assurés sociaux et qui sont porteurs d'innovations, est laissé à l'initiative des acteurs. Les administrations publiques se bornent à créer des services-socles (dossier médical partagé, messagerie sécurisée, agenda) et à piloter le développement des applications tierces en mettent notamment à disposition des acteurs un corpus de référentiels d'interopérabilité, de sécurité ou d'éthique.

Outre ces finalités, « Mon espace santé » entend contribuer à personnaliser les actions de prévention, à soutenir l'innovation, à développer de nouveaux services, et à mieux maîtriser les conditions d'hébergement des données de santé.

2 - Une valeur ajoutée non-étayée par une évaluation préalable

La Cour a exposé[460] les critères dont le respect, au moment de la conception d'un projet public, concourent à la qualité de de la dépense publique : identification du problème à résoudre et de la valeur ajoutée de la réponse publique, objectifs clairs, hiérarchisés et quantifiés. Les études

[458] Finalités exprimées dans l'étude d'impact à l'appui du projet de loi ainsi que dans un rapport préparatoire *Accélérer le virage numérique* de Mme Annelore Coury et M. Dominique Pon, 2018. Ces finalités ont été réaffirmées dans la nouvelle feuille de route ministérielle sur le numérique en santé présentée pour les années 2023 à 2027.
[459] Cour des comptes, *Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter,* Ralfss 2024, chapitre XI.
[460] Cour des comptes, *Situation et perspective des finances publiques*, juin 2023.

d'impact à l'appui des projets de loi, ainsi que les évaluations préalables, visent à éclairer la décision publique à la lumière de ces points.

Le calendrier resserré de déploiement de « Mon espace santé », prévu initialement pour être achevé avant fin 2022, n'a pas permis de réaliser d'évaluation socio-économique préalable. Par ailleurs, sa généralisation ne résultant pas d'un projet de loi, elle n'a pas fait l'objet d'une étude d'impact. Il en résulte une carence dans l'appréciation de la valeur ajoutée de « Mon espace santé », que les réflexions produites dans le cadre de la feuille de route du numérique en santé n'ont pas compensé.

D - Une prise en charge des patients potentiellement améliorée

L'utilisation de « Mon espace santé » par les patients et les professionnels de santé est susceptible de contribuer, à plusieurs égards, à l'amélioration des prises en charge.

1 - Des évolutions envisageables à court terme

En premier lieu, « Mon espace santé » est susceptible de constituer un support pour le développement de la prévention. La convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam pour la période 2023 à 2027 prévoit ainsi de faire usage de ce dispositif pour diffuser les invitations aux rendez-vous de prévention organisés par les organismes de la branche maladie, ainsi que pour être le support de messages de prévention personnalisés. Au début de l'année 2024, un décret était en préparation pour traduire cette orientation en fonctionnalités.

« Mon espace santé » permettra ainsi, pour autant que le titulaire ne s'y oppose pas, un ciblage des actions de prévention en fonction de l'âge et du sexe du titulaire, ce qui peut présenter un intérêt pour le dépistage collectif de certaines maladies. À partir de 2024, il est prévu que cette personnalisation se fasse en fonction de données comme la consommation de tabac ou la pratique d'une activité physique.

En deuxième lieu, au regard des applications tierces déjà référencées, « Mon espace santé » peut favoriser les relations entre les patients et les hôpitaux ou cliniques, en simplifiant certaines démarches administratives (préadmissions, questionnaires de sortie). De surcroît, la messagerie peut permettre au corps médical un suivi pré et postopératoire des patients, notamment pour les femmes enceintes ou les personnes subissant une intervention chirurgicale.

En troisième lieu, et conformément à la vocation originelle du dossier médical partagé, la centralisation des documents de santé dans un même espace peut favoriser la coordination des soins, en facilitant par exemple la communication au médecin traitant des résultats d'une hospitalisation de son patient, particulièrement utile pour la prise en charge des enfants ou des personnes atteintes de maladies chroniques.

En quatrième lieu, la consultation du dossier médical partagé peut, grâce aux données de synthèse disponibles et aux documents de santé qui l'auront alimenté, contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins en facilitant l'accès du médecin à l'historique médical d'un nouveau patient, par la fonction dite de « bris de glace », qui peut donner au praticien l'accès au dossier sauf opposition expresse du titulaire.

Ces potentialités pourraient être limitées par la faculté donnée à tout titulaire d'un compte de masquer tout ou partie des données[461]. En septembre 2023, plus de 93 % des titulaires avaient cependant opté pour une visibilité sans restriction. En outre, le volet de synthèse médicale présentant les pathologies, traitements et allergies du titulaire, n'est pas toujours complété par le médecin traitant, ni versé dans le dossier médical partagé, malgré l'obligation prévue par les textes. Enfin, contrairement aux dispositions règlementaires, le dossier médical partagé ne comportait pas encore, en début d'année 2024, de données issues du dossier pharmaceutique, même si des travaux ont été engagés pour y remédier[462].

2 - Des perspectives d'accès à la télésurveillance médicale

Il est attendu une contribution de « Mon espace santé » au soutien de l'innovation dans le domaine de la e-santé. La stratégie quinquennale d'accélération du numérique en santé (2021- 2025), dotée de 718 M€, vise en effet, au sein du plan France 2030, à favoriser l'émergence de solutions innovantes en faveur d'une médecine davantage préventive, garantissant le traitement sécurisé et éthique des données de santé.

[461] Le titulaire du compte peut masquer à tout moment un document à tout professionnel de santé, sauf à ceux qui les ont déposés ainsi qu'au médecin traitant, qui a le statut d'administrateur. La Cnil considère que cette faculté de masquage constitue une garantie essentielle des patients pour la protection de leur vie privée.

[462] La Cnam a engagé avec le Conseil national de l'ordre des pharmaciens et l'agence du numérique en santé une étude visant à analyser la faisabilité de l'intégration des données de dispensation médicamenteuse du dossier pharmaceutique dans le DMP.

Des applications en attente de référencement concernent ainsi la télésurveillance médicale pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques telles que des insuffisances cardiaques, rénales, respiratoires ou le diabète. La télésurveillance améliore la survie des patients grâce à la prévention des complications et des récidives[463]. Elle peut optimiser le parcours de soins en réduisant les hospitalisations en urgence.

« Mon espace santé » constitue ainsi un projet de grande ampleur, mobilisant d'importants moyens publics. Pour autant, malgré les potentialités qu'il recèle d'amélioration de la prise en charge des patients, les finalités auxquelles il doit répondre restent encore trop générales. Une meilleure intégration dans la stratégie nationale de santé 2023-2027[464], avec une définition plus précise des attentes des pouvoirs publics quant à sa contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population, serait nécessaire pour répondre aux risques identifiés du projet.

II - De nombreuses contraintes de sécurité des données, des usages à développer

Pour que « Mon espace santé » réponde aux objectifs qui lui sont assignés, il doit satisfaire aux contraintes qu'impose la sécurité des données qui y sont déposées et surtout entrer rapidement dans les habitudes des patients et des professionnels de santé.

A - Des contraintes de sécurité des données à mieux prendre en compte

1 - Des risques de transfert de données concernant les applications tierces à bien circonscrire

Le fonctionnement des applications tierces est susceptible de s'appuyer sur des sous-traitants localisés à l'étranger, donnant lieu à des transferts de

[463] C'est le principe du suivi par reporting des patients ou *Patient Reported Outcomes*, dit de « prévention secondaire ».

[464] Prévue par l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, la stratégie nationale de santé a pour objet, dans un horizon allant jusqu'à 10 ans, de déterminer les domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. L'adoption de cette stratégie doit être précédée d'une consultation publique, qui venait de débuter au moment de l'enquête de la Cour.

données[465]. Il en résulte un enjeu de protection des données personnelles de santé confiées à « Mon espace santé ».

Les traitements de données effectués en dehors de l'Union européenne à la suite de transferts ne sont pas régis par les règles protectrices du règlement général sur la protection des données (RGPD). La Commission européenne peut toutefois constater, sous la forme d'une décision dite « d'adéquation », que le pays tiers a mis en place des garanties suffisantes pour permettre le transfert hors UE de données des citoyens européens.

S'agissant des États-Unis, une telle décision d'adéquation a été prise par la Commission européenne en juillet 2023. Cependant, le cadre juridique des transferts de données sur ce fondement demeure fragile. La Cour de justice de l'Union européenne avait annulé en 2020 une première décision de la Commission autorisant les transferts de données vers les Etats-Unis[466]. La nouvelle décision de juillet 2023 fait elle-même l'objet de plusieurs recours contentieux, non encore tranchés.

En tout état de cause, la vérification du respect des conditions posées par la décision de juillet 2023 implique de s'assurer a priori que les sous-traitants américains sollicités par l'exploitant d'une application tierce font bien partie d'une liste dressée par l'administration fédérale américaine.

Comme pour les autres critères, qu'ils concernent la sécurité ou les autres rubriques du référentiel, une vérification a posteriori est également prévue dans le cadre d'une procédure d'audit définie par la réglementation en 2023[467]. Une telle procédure ne pourra néanmoins être effective que si l'agence du numérique en santé dispose des moyens budgétaires suffisants pour la mettre en œuvre.

2 - Des risques d'accès illégitime aux données des patients

Le fonctionnement de « Mon espace santé » requiert un niveau de protection élevé pour éviter les intrusions indésirables impliquant des

[465] Un transfert de données s'entend comme toute communication, copie ou déplacement de données personnelles ayant vocation à être traitées dans un pays tiers à l'Union européenne (source : Cnil).
[466] CJUE, 16 juillet 2020, *Data Protection Commissioner / Maximillian Schrems et Facebook Ireland* - aff. C-311/18, dite « Schrems II ».
[467] Arrêté du 20 novembre 2023 relatif à la procédure d'audit des outils et services numériques référencés au catalogue de service de l'espace numérique de santé.

données de santé sensibles[468]. En même temps, il n'a d'intérêt que si ces données sont partagées avec fluidité entre les acteurs prenant en charge un patient. La satisfaction simultanée de ces deux impératifs constitue le défi technique principal pour la réussite du projet dans la durée.

Ce défi est d'autant plus difficile à relever que la menace de cyberattaques est forte, en particulier sur les hôpitaux[469], et que les éléments figurant dans le dossier médical partagé sont susceptibles d'être téléchargés par les établissements ou par les professionnels de santé. Un programme d'actions « cyber-accélération et résilience des établissements » a été adopté par le ministère chargé de la santé au printemps 2023 pour les protéger de ces attaques, avec une mise en œuvre au cours des prochaines années.

En outre, les dossiers médicaux partagés sont sujets à des intrusions illégitimes de professionnels de santé[470]. Jusqu'à présent, l'enjeu de telles intrusions était faible en raison du maigre contenu des dossiers. Toutefois, si le rythme d'alimentation s'accroît conformément aux objectifs poursuivis, la question pourra devenir plus sensible. La tentation de telles intrusions se manifeste déjà pour certains dossiers informatisés de patients dans les hôpitaux[471]. Un tel accès est néanmoins traçable et donne lieu à une information du titulaire, lequel est donc en mesure de se plaindre auprès des instances ordinales ou de la justice pénale, en cas d'intrusion illégitime.

3 - La prise en compte des mesures de sécurité informatique dans l'organisation des soins

L'importance des enjeux de sécurité informatique est prise en compte dans les référentiels de l'agence du numérique en santé sur les questions d'identification et d'authentification des assurés sociaux ou des professionnels de santé intervenant sur « Mon espace santé ». Pour fiabiliser l'identification des patients, une procédure de qualification a été prévue, par laquelle les médecins doivent vérifier qu'à un identifiant national de santé[472]

[468] L'article 9 du RGPD retient que les données relatives à la santé font partie des données sensibles, dont le traitement est en principe interdit.
[469] En témoignent les cyberattaques ayant affecté en 2022 et en 2023 les centres hospitaliers de Corbeil-Essonnes, Villefranche-sur-Saône ou Versailles.
[470] Dans un avis du 3 novembre 2022, la Cnil avait insisté sur le fait que seules les informations du DMP nécessaires à la prise en charge des patients devaient être consultées par les professionnels de santé.
[471] Dans quelques cas médiatisés, les dossiers d'hospitalisation de personnalités publiques ont été recherchés par des personnels ne faisant pas partie de l'équipe de soins.
[472] Identifiant à utiliser lors de la prise en charge d'un patient. C'est dorénavant le numéro d'inscription au registre national des personnes physiques (numéro de sécurité sociale) qui est utilisé (article L. 1111-8-1 du code de la santé publique).

donné correspond bien la personne qu'il est censé désigner. Cette procédure, impliquant la vérification par le médecin d'une pièce d'identité du patient, peut même, dans certains logiciels référencés au titre du Ségur du numérique, bloquer l'accès au dossier si elle n'est pas respectée.

Toutefois, le fait de devoir procéder à cette vérification a constitué une source de difficultés techniques et a suscité des réserves de principe de la part de praticiens libéraux qui estiment qu'elle ne relève pas des tâches du médecin. Face à ces difficultés, une procédure simplifiée de qualification a été mise en place en 2023, permettant au professionnel d'attester lui-même de l'identité du patient lorsqu'il le connaît déjà. Selon le ministère chargé de la santé, le déploiement de l'application « carte vitale » permettra à terme d'apporter toutes les garanties requises.

En milieu hospitalier, la perspective de l'accès au dossier médical partagé d'un patient via son dossier hospitalier rend plus sensible le besoin de prévenir les risques d'accès illégitimes. Dans cette optique, il est prévu, à l'horizon 2026, la généralisation d'une authentification à double facteur[473]. Elle pourrait s'appuyer sur la carte du professionnel de santé[474],à la condition que chacun en possède une, c'est-à-dire qu'il soit inscrit au tableau de son ordre professionnel, ce qui est loin d'être le cas pour les infirmiers.

Ces mesures sont nécessaires pour sécuriser l'accès aux dossiers des patients hospitalisés, dont le contenu devrait prochainement être mieux relié à celui des dossiers médicaux partagés. Elles devront s'accompagner de mesures d'organisation en milieu hospitalier pour éviter d'affecter les conditions de déroulement des soins, notamment dans les services d'urgence.

B - Une montée en puissance pour l'instant en-deçà des attentes

L'un des facteurs conditionnant la réussite de « Mon espace santé » réside dans le rythme d'alimentation en documents médicaux par les professionnels de santé. Malgré les efforts déployés et une réelle montée en puissance du nombre de téléversements, un certain retard est constaté.

[473] Dispositif de sécurité informatique consistant à compléter l'usage d'un mot de passe par une autre procédure, comme la saisie d'un code reçu par courriel ou par SMS.
[474] Il s'agit d'une carte d'identité professionnelle remise aux professionnels de santé inscrits au tableau de leur ordre professionnel ainsi que dans le répertoire des professionnels de santé tenu par l'agence du numérique en santé.

1 - En dépit de l'ouverture de la totalité des espaces, une alimentation très progressive

Les comptes « Mon espace santé » ne seront utilisés dans la durée que s'ils sont correctement alimentés par les professionnels de santé, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Il était ainsi attendu que le nombre de documents versé chaque année dans les dossiers médicaux partagés passe de quatre par habitant en 2023 (soit 250 millions de documents) à dix en 2025, et reste au-dessus de ce seuil par la suite.

À cet effet, une obligation d'alimentation par les professionnels de santé et par les hôpitaux a été mise en place[475], sans toutefois être assortie d'une sanction, ce qui en limite la portée. En outre, des référentiels précisant les modalités techniques d'alimentation ont été élaborés par l'agence du numérique en santé et l'acquisition de logiciels conformes à ces référentiels est financée dans le cadre du Ségur du numérique. Toutefois, seulement deux référentiels ont une force contraignante[476] et la procédure au terme de laquelle la sanction peut être prononcée n'est pas encore définie.

2 - Des premiers retards qui commencent à se manifester

L'alimentation des dossiers médicaux partagés par les professionnels de santé et par les hôpitaux a nettement augmenté : 56 millions de documents ont été téléversés en 2022, 148 millions en 2023. Ce flux est néanmoins resté nettement inférieur à l'objectif de 250 millions cité plus haut.

Ce retard d'alimentation provient notamment de la médecine de ville, du fait de la réticence de nombreux médecins libéraux à procéder aux vérifications d'identité[477] des patients qu'ils traitent, ce qui empêche le versement des informations qu'ils détiennent dans les dossiers médicaux partagés de ces patients.

En outre, des erreurs ont affecté les conditions d'utilisation des solutions logicielles financées par le Ségur du numérique et ont ralenti leur déploiement, notamment pour les laboratoires de biologie médicale et pour

[475] Le principe de l'obligation d'alimentation avait été posé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 mais la liste des documents concernés a été définie par un arrêté du 26 avril 2022.
[476] Référentiel relatif à l'identifiant national de santé et référentiel de sécurité et d'interopérabilité relatif à l'accès des professionnels de santé au DMP.
[477] Dans le cadre d'une procédure dite de qualification de l'identifiant national de santé, dont l'objet est de sécuriser les conditions d'accès et d'alimentation des DMP.

les centres d'imagerie. En conséquence, le ministère chargé de la santé a été conduit à repousser à fin 2023 une échéance importante[478], initialement prévue en avril, et a organisé en janvier 2024 une nouvelle phase d'acquisition de logiciels pour la biologie médicale hospitalière.

Enfin, l'ergonomie des logiciels pour l'alimentation des dossiers médicaux partagés est parfois mise en cause car entraînant des opérations que les médecins estiment trop longues ou trop complexes. Une simplification de ces logiciels apparaît souhaitable, notamment pour permettre une alimentation automatique des dossiers médicaux partagés, ce qui lèverait les contraintes opérationnelles pesant sur les médecins.

C - Une mobilisation nécessaire pour lever les freins à l'utilisation

Le développement de l'usage du dossier médical partagé suppose de lever les freins initiaux toujours existants chez les professionnels de santé et chez les usagers.

1 - Convaincre les médecins d'utiliser « Mon espace santé »

« Mon espace santé » est guidé principalement par des préoccupations d'amélioration de la vie quotidienne des usagers et de l'autonomie individuelle dans la gestion des données de santé. Il est peu probable que ce dispositif puisse s'implanter durablement si les médecins, plus proches interlocuteurs des patients, n'en font pas usage dans leur pratique clinique.

Pour les établissements hospitaliers, la consultation des dossiers médicaux partagés reste limitée car elle n'est possible qu'au travers du portail internet exploité par la Cnam, et non directement dans les systèmes d'information de l'hôpital[479]. En mars 2023, en dehors des recherches d'identifiant de document, seuls 22 établissements avaient consulté un dossier médical partagé selon le groupement d'intérêt économique Sesam-Vitale. Inclure la consultation du dossier médical partagé parmi les critères d'attribution de la dotation incitant à la qualité (IFAQ) apparaît donc souhaitable pour orienter les hôpitaux vers une plus grande utilisation.

[478] Date limite pour la mise en paiement du solde dû aux éditeurs à la suite de la livraison de logiciels professionnels conformes aux spécifications des référentiels élaborés par l'agence du numérique en santé.
[479] C'est la deuxième vague du programme SONS qui a vocation à l'organiser, avec une échéance prévisionnelle au début de l'année 2025.

Les consultations des dossiers médicaux partagés sont également peu nombreuses par les médecins libéraux, alors même qu'elles sont techniquement déjà possibles à partir de leurs logiciels de gestion de cabinet. Les médecins ne se sont donc pas encore emparés, au printemps 2023, du dossier médical partagé dans leur pratique clinique. Leurs représentants rencontrés par la Cour ont exprimé leurs doutes sur les améliorations de prise en charge que le dossier médical partagé permettrait et leurs réserves sur la complexité ressentie de son utilisation. La question de l'implication des professionnels de santé reste donc entière et constitue un des facteurs décisifs de l'échec ou du succès du projet.

2 - Recueillir l'adhésion du grand public

« Mon espace santé » ne pourra entrer durablement dans les usages quotidiens que s'il suscite l'adhésion du grand public. Outre la question de l'alimentation, cette adhésion implique un accroissement conséquent du taux d'activation, dans un contexte où une part de la population reste éloignée des usages numériques.

Une fois « Mon espace santé » ouvert à la suite de la procédure automatique effectuée en 2022, son utilisation effective est subordonnée à son activation par le titulaire. En janvier 2024, seule 15 % de la population avait activé son compte. Cette situation apparaît destinée à durer : dans ses projections réalisées en vue de la convention d'objectifs et de moyens conclue avec l'Etat en juillet 2023, la Cnam a retenu l'hypothèse que la moitié seulement des comptes serait activée à la fin de 2026.

Certes, ce défaut d'activation ne fait pas obstacle à l'alimentation, ni à la consultation des dossiers médicaux partagés par les professionnels de santé. En revanche, l'utilisation du compte comme carnet de santé électronique ou comme outil individualisé pour des actions de prévention dépend de l'activation.

En outre, la faible activation affecte l'utilisation de la messagerie sécurisée par les professionnels de santé ou par les hôpitaux : faute de savoir si un compte a été activé ou non, ces derniers n'ont aucune assurance que les messages adressés aux patients par ce biais soient bien lus. Il en découle un risque d'utilisation persistante des services de courriel ou de messagerie instantanée entre les patients et leurs médecins pour échanger sur les données cliniques, à rebours de l'objectif recherché.

La faiblesse du taux d'activation apparaît ainsi comme un facteur entravant l'usage du compte « Mon espace santé ».

Dans l'immédiat, même si des campagnes de communication ont été engagées pour inciter à l'activation des comptes, la priorité stratégique reste l'alimentation. L'intérêt de la population est escompté à partir de la

réception de notifications de versement de documents dans les dossiers médicaux partagés, lors de leur alimentation par les professionnels de santé. Pour autant, à l'heure actuelle, et alors que l'alimentation automatique est déjà en place, cet effet n'est pas encore perceptible.

La Cnam a réalisé à l'automne 2023 une campagne d'information orientée sur les premiers usages de « Mon espace santé », en ciblant les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants, dont le suivi de la santé exige de régulières visites de contrôle et de vaccination. Il conviendra de sensibiliser également les malades chroniques, notamment ceux qui ne disposent pas de dispositifs de coordination de leur suivi (cas complexes, cancérologie).

Une catégorie particulièrement sensible va être celle pour laquelle l'accès au numérique est une difficulté, ce qui concerne 15 % de la population selon l'Insee[480]. Les personnes âgées, peu diplômées, aux revenus modestes, vivant seules ou en couple sans enfant, ou encore résidant dans les territoires d'outre-mer sont les plus touchées par le défaut d'équipement comme par le manque de compétences. Elles peuvent recouper les populations pour lesquelles « Mon espace santé » est le plus utile : personnes âgées et malades chroniques.

L'éloignement du numérique s'est manifesté à l'occasion de l'ouverture généralisée des comptes. La procédure requiert d'informer chacun de la mise à disposition de cet espace numérique et de la possibilité d'y faire opposition. L'information devait être effectuée par courrier électronique ou, à défaut, par voie postale. Il a fallu recourir à cette dernière dans 23 % des cas.

Pour accompagner les publics éloignés du numérique dans le déploiement de « Mon espace santé » à l'échelle locale, l'agence du numérique en santé et l'agence nationale de la cohésion des territoires ont financé, dès 2022, 18 postes de conseillers numériques[481] : ils forment des ambassadeurs bénévoles qui accompagnent la prise en main de « Mon espace santé » par les usagers. En 2022, 1 605 ambassadeurs ont été formés et 48 041 personnes sensibilisées.

[480] Insee Première n°1953, 22 juin 2022. La définition de l'illectronisme englobe le non-usage prolongé d'internet et le manque de compétences numériques de base.
[481] Ce dispositif est venu compléter celui des maisons France service, dont le réseau se compose de plus 2 600 guichets uniques de proximité, regroupant sur leurs sites plusieurs administrations (santé, famille, retraite, droit, logement, impôt, recherche d'emploi, accompagnement au numérique).

En 2023, la délégation au numérique en santé a prévu d'engager, comme ambassadeurs, les acteurs de la santé[482] et de la médiation numérique, parmi les associations et les collectivités locales. La feuille de route du numérique en santé pour les années 2023 à 2027 fixe l'objectif de former 10 000 médiateurs d'ici juin 2026.

D - Des risques de dépassement des dépenses prévues

En dépit des moyens importants alloués à « Mon espace santé », les dépenses qu'occasionne sa mise en place pourraient être supérieures aux prévisions.

1 - Une accélération des dépenses de la Cnam

« Mon espace santé » entraîne une forte mobilisation de moyens budgétaires et humains pour la Cnam, qui n'avait pas été prévue dans la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022. Dans ces conditions, et comme l'a relevé l'Igas[483], la conduite de ce chantier a été faite au détriment d'autres projets.

La montée en charge conduit à une accélération des dépenses de la Cnam. Inférieures à 10 M€ jusqu'en 2019, elles sont passées à 56,9 M€ en 2021 puis à 109,6 M€ en 2022. Elles devraient atteindre 150 M€ annuels de 2023 à 2027. Cela résulte de la mise en place de nouvelles fonctionnalités, du volume croissant de documents, de la multiplication des usages, du renforcement des exigences de sécurité dans le contexte d'amplification des menaces de cyberattaques, de la construction du catalogue d'applications et d'exigences accrues pour l'ergonomie, l'agenda et la messagerie sécurisée.

2 - Des risques de dépassement de l'enveloppe prévue pour le Ségur du numérique

Entre 2020 et 2022, 0,9 Md€ ont été dépensés au titre du Ségur du numérique, dont 0,5 Md€ pour l'acquisition de logiciels conformes aux référentiels de l'agence du numérique en santé et 0,3 Md€ pour les programmes d'incitations à l'usage. Il est probable que la trajectoire de dépenses couvertes par le Ségur du numérique soit dépassée.

---

[482] Caisses primaires d'assurance maladie, agences régionales de santé, groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé.

[483] Igas, *Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 avec la Cnam et recommandations en vue de son renouvellement* (rapport 2022-027 R, janvier 2023).

La première enveloppe pourrait être dépassée en raison des négociations en cours sur une nouvelle mise à jour des logiciels des professionnels de santé et des hôpitaux[484]. Une publication du cahier des charges était prévue à l'automne 2023 à la suite de négociations entre le ministère chargé de la santé et les représentants du secteur de l'édition informatique mais elle a été reportée à la fin du premier semestre 2024, éventuellement de façon échelonnée.

En tout état de cause, compte tenu des priorités identifiées par le ministère chargé de la santé, les améliorations fonctionnelles attendues pour cette deuxième vague impliquent un saut technologique plus important que celui de la première. Enfin, le périmètre du dossier médical partagé va être élargi à d'autres professions de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes infirmiers).

Ces risques de dépassement sont accrus par la nécessité de dégager des financements pour le plan de prévention des menaces de cyberattaques des hôpitaux et cliniques, à hauteur de 100 M€, alors que l'engagement initialement prévu était de 10 M€. À cela s'ajoute le financement du volet médico-social du Ségur du numérique. Selon les estimations de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, l'enveloppe affectée (0,6 Md€) est en mesure de financer l'équipement de 36 300 établissements médico-sociaux d'ici fin 2025, soit 78 % des 46 000 établissements actuels.

De surcroît, l'arrivée à leur terme en 2023 des programmes d'accompagnement des hôpitaux dans leur transformation numérique conduit l'État à poursuivre leur financement par un nouveau programme, qui pourrait inclure une incitation financière aux usages du dossier médical partagé de 2024 à 2028[485]. Pour autant que ces financements soient nécessaires, ils viendraient en sus de l'enveloppe de 2Md€ définie initialement.

Le risque est donc important que le coût final du projet soit plus élevé qu'anticipé, notamment pour les dépenses du Ségur du numérique. Un suivi plus resserré apparaît nécessaire.

---

[484] Cette mise à jour, qualifiée de deuxième vague, a pour objet d'organiser la consultation des dossiers médicaux partagés à partir des logiciels des hôpitaux et de renforcer la sécurité et d'améliorer l'ergonomie des logiciels professionnels pour répondre aux demandes des professionnels de santé.

[485] Les programmes qui arrivent à leur terme sont Sun-es, qui relève du Ségur du numérique et dont l'objet est d'inciter les hôpitaux à faire usage de « Mon espace santé » et Hop'en, piloté par la direction générale de l'offre de soins, pour moderniser les systèmes d'information hospitaliers. Le nouveau programme s'appelle Hop'en 2.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Généralisé à l'ensemble de la population en 2022, « Mon espace santé » est un projet informatique public ambitieux par son ampleur et par les transformations qu'il vise à induire dans le système de soins pour les patients. Sa sensibilité est liée aux échecs de ses prédécesseurs, dont l'ambition était pourtant moindre, et à ses enjeux importants pour le ministère chargé de la santé, la Cnam, les professionnels de santé, les hôpitaux et établissements médico-sociaux, et pour le secteur de l'édition informatique qui doit en organiser le soubassement technique.

La priorité est actuellement donnée à la mise en place des conditions d'alimentation du dossier médical partagé et à la définition des modalités de sa consultation par les acteurs du monde de la santé. Il faudra ensuite en développer l'usage, de même que celui des services attachés de messagerie sécurisée et de calendrier, et pour les applications tierces développées à partir des données incluses dans ces dossiers.

« Mon espace santé » constitue ainsi un projet de longue haleine. L'adhésion du public reste encore comptée, avec un taux d'activation de 15 % en janvier 2024, sans qu'il soit établi si les personnes ayant procédé à cette activation sont celles pour qui le dispositif sera le plus utile.

Plus inquiétante est la réserve dont font preuve de nombreux médecins pour alimenter et pour utiliser le dossier médical partagé, alors que « Mon espace santé » ne pourra être un succès s'ils restent en retrait.

Enfin, la mise en place d'un catalogue d'applications tierces référencées par l'État devra susciter l'adhésion, pour autant qu'il n'en résulte pas de mésusages de la part des exploitants ni de défaut de protection des données individuelles. Il sera essentiel de garantir la sécurité et les conditions d'usage des données, sans dégrader l'ergonomie du système ni limiter de ce fait le référencement des applications.

En conséquence, la Cour formule les quatre recommandations de gestion suivantes :

35. *modifier les conditions de référencement des logiciels des médecins libéraux afin de rendre possible l'alimentation automatique des dossiers médicaux partagés (ministère du travail, de la santé et des solidarités, agence du numérique en santé) ;*

36. *faire de la consultation des dossiers médicaux partagés un critère de l'attribution des dotations d'incitation financière à la qualité aux hôpitaux publics et aux cliniques privées (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*

37. *prévoir les moyens adéquats pour permettre à l'agence du numérique en santé de s'assurer de l'atteinte des critères obligatoires de sécurité par les éditeurs de leurs applications tierces (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*

38. *prévoir les moyens adéquats pour s'assurer de l'efficacité et de l'effectivité des mesures de protection des données personnelles transférées en dehors de l'Union européenne lors de l'utilisation des applications tierces (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

Chapitre XI

Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter

PRÉSENTATION

Créé par la loi en 2016, le système national des données de santé (SNDS) est un ensemble de bases de données issues des activités de remboursement et de tarification de l'assurance maladie, de données médico-économiques relatives aux séjours hospitaliers et d'informations sur les causes médicales de décès. Son périmètre a été étendu en 2019 pour intégrer davantage de données de nature clinique. Un organisme public, la Plateforme des données de santé, également dénommé « Health data hub » dans ses communications à rayonnement international, a été créé afin de mettre ces données à disposition des acteurs économiques et de la recherche.

Le SNDS inclut notamment le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), que la Cour avait étudié en 2016. Elle avait alors relevé que les données personnelles de santé, utiles pour mieux évaluer l'efficacité des soins, pour contrôler certaines activités et pour améliorer l'efficience du système de santé, étaient insuffisamment utilisées. Elle avait critiqué les freins mis à l'accès à ces informations, au détriment de la recherche et de l'innovation.

La Cour a examiné, huit ans après ce rapport, dans quelle mesure les données du SNDS sont mieux exploitées. Elle constate qu'en dépit de fortes ambitions, les réalisations demeurent incomplètes : l'élargissement du contenu du SNDS est en pratique limité et les délais de mise à disposition des données restent anormalement longs, ce qui freine l'essor des usages (I). Un nouvel élan est aujourd'hui nécessaire pour lever un blocage institutionnel sur la nationalité de l'entreprise qui doit héberger ces données, qui perdure depuis plusieurs années. Pour résoudre ce blocage, et en attendant une solution de long terme, compatible avec le droit européen, des mesures palliatives doivent être décidées à court et à moyen terme (II).

Chiffres-clés

11 sources de données dans la base principale du SNDS et 10 dans un ensemble de bases complémentaires, dénommé « catalogue ».

192 extractions de données accompagnées et 266 projets déposés en 2022 au guichet dont la Plateforme des données de santé assure le secrétariat.

54 % des sollicitations de la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour une mise à disposition de données du SNDS entre 2019 et septembre 2023 étaient issues de l'industrie pharmaceutique et de sociétés commerciales.

Fin 2023, 110 demandes pendantes de mise à disposition de données, autorisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) avant le 31 décembre 2022, avec un délai moyen d'attente de 29 mois depuis l'autorisation.

Comptes de la Plateforme des données de santé en 2023 : 9,65 M€ de subventions et des disponibilités bancaires (29 M€) très supérieures aux charges d'exploitation de l'année (19,9 M€).

I - Des réalisations toujours modestes au regard des ambitions

La création du SNDS par la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 a été principalement motivée par la recherche d'une ouverture de l'accès aux données personnelles de santé. La stratégie adoptée par les pouvoirs publics a consisté à élargir les finalités susceptibles d'être poursuivies par les porteurs de projet et à enrichir les bases de données concernées. Parallèlement, les modalités d'accès aux bases de données ont été aménagées.

Ces ambitions ont toutefois été contrariées par l'insuffisance de l'enrichissement du contenu disponible du SNDS. Les usages ont globalement augmenté mais le potentiel d'utilisation des données est resté sous-exploité, en particulier par les acteurs privés.

A - Une stratégie d'ouverture portée par les potentialités novatrices de l'intelligence artificielle

Les pouvoirs publics ont étendu les cas d'usages autorisés des données de santé, notamment au regard des nouvelles perspectives offertes par l'essor des techniques d'intelligence artificielle. Le nouveau cadre juridique posé par les lois de 2016 et de 2019 vise à favoriser ces usages au service de finalités enrichies.

1 - Une ambition forte au service de finalités enrichies

Le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), géré par la Cnam enregistre les données de liquidation des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire. Il était initialement conçu pour répondre aux besoins des différents régimes et caisses de sécurité sociale.

Le SNDS, qui englobe désormais le Sniiram, a considérablement enrichi ces finalités. Il vise à contribuer à la recherche et à l'innovation, à mieux informer sur la santé, sur l'offre de soins et sur la prise en charge médico-sociale et par là-même à servir à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale. Par exemple, l'Agence nationale de santé publique utilise le SNDS à des fins de surveillance et de veille sanitaires, pour le suivi des maladies à déclaration obligatoire.

Ces objectifs pluriels reflètent les potentialités multiples des données personnelles de santé, dont l'utilisation peut concourir à améliorer la qualité des prises en charge et l'efficience du système de soins en optimisant les parcours de soins.

Le SNDS est, en outre, porteur d'enjeux significatifs pour les acteurs économiques, ce qui justifie une régulation exigeante de l'accès, de manière à préserver la confidentialité des données.

Afin de concrétiser ces potentialités, la France s'est dotée d'une stratégie d'accélération en santé numérique dans le cadre du plan d'investissement « France 2030 », d'une feuille de route du numérique en santé 2023-2027 portée par la délégation au numérique en santé, et d'une stratégie d'accélération informatique en nuage dite « *cloud*[486] au centre ».

[486] L'informatique en nuage (*cloud computing* en anglais) fait référence à l'utilisation de la mémoire et des capacités de calcul des ordinateurs et des serveurs et liés par un réseau. Les données ne sont plus sur un ordinateur mais sur des serveurs distants interconnectés.

Bien que le programme d'ensemble ait ainsi été constitué, une stratégie d'usage secondaire de données originellement constituées pour la prise en charge des patients reste à définir et à mettre en œuvre par les pouvoirs publics. Des travaux de réflexion ont été conduits en 2023 à cet effet, dans le cadre plus large de la stratégie européenne pour les données, définie par la Commission européenne en 2020. Un règlement du 30 mai 2022 sur la gouvernance des données et un règlement sur l'espace européen des données de santé, qui devrait être adopté en 2024, visent à créer un marché unique des données et des services de santé numérique au sein de l'Union européenne, à des fins de recherche, d'innovation, d'élaboration de politiques publiques et de développement d'une médecine personnalisée.

2 - Des potentialités multipliées par l'intelligence artificielle

L'intelligence artificielle offre des perspectives nouvelles à l'utilisation du SNDS. Elle peut aider à concevoir des actions de prévention ou de soins plus personnalisées, et à ouvrir la possibilité d'analyses prédictives de la demande de soins à des fins d'amélioration du pilotage de l'offre.

Ces potentialités ont été mises en exergue dans un rapport de 2018 du député Cédric Villani[487], sur la base duquel une stratégie pour l'intelligence artificielle 2018-2025 a été adoptée. Ce rapport a rappelé la rapidité des progrès en matière d'apprentissage automatique (*machine learning*)[488] et profond (*deep learning*)[489], tributaires, pour entraîner les algorithmes, de larges jeux de données structurées que le SNDS a vocation à fournir.

L'étude d'impact de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 a fait état de ces perspectives pour justifier une extension du périmètre du SNDS. Le développement des techniques d'intelligence artificielle appliquées aux données de santé devra toutefois tenir compte du cadre règlementaire européen en cours d'adoption[490].

En pratique, les perspectives de l'intelligence artificielle sont prometteuses pour les hôpitaux compte tenu de la richesse des données de santé dont ils disposent. Ces dernières devraient être mises en commun,

[487] Cédric Villani, *Donner du sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne*, 2018.

[488] Processus par lequel un algorithme évalue et améliore ses performances sans l'intervention d'un programmeur, en répétant son exécution sur des jeux de données jusqu'à obtenir, de manière régulière, des résultats pertinents.

[489] Modalité d'apprentissage automatique qui utilise un réseau de neurones artificiels composé d'un grand nombre de couches dont chacune correspond à un niveau croissant de complexité dans le traitement et l'interprétation des données.

[490] Ce cadre européen pourra inclure une régulation de l'intelligence artificielle, avec une possible entrée en vigueur en 2026.

sous un format homogène, dans des entrepôts de données de santé, à des fins de pilotage, de recherche et d'amélioration des soins.

Des projets ambitieux conciliant l'utilisation du SNDS et les techniques d'intelligence artificielle sont en cours, comme le projet *Deep.Piste* qui vise à améliorer la prise en charge du cancer du sein en développant une analyse automatique des mammographies et des facteurs de risque. L'analyse des examens d'imagerie médicale combinée aux données du SNDS permettra de distinguer les patientes nécessitant un suivi médical renforcé et celles pouvant bénéficier d'un parcours allégé. Le projet *Apsoren* a pour objectif la modélisation du parcours de soins des patients traumatisés crâniens afin de repérer les risques de mauvaise prise en charge. Enfin, le projet *Evired* cherche à préserver la vision des patients diabétiques grâce au caractère prédictif d'un système de diagnostic et d'aide à la décision.

B - Des mesures encourageantes pour développer les usages des données de santé

La mise en place du SNDS s'est traduite par un assouplissement de l'accès aux données et une extension ambitieuse de son périmètre juridique. Les mesures prises ont favorisé un premier développement des usages des données, en particulier par les administrations.

1 - Un assouplissement limité de l'accès aux données

Pour les recherches interventionnelles n'impliquant pas la personne humaine[491], l'accès aux données du SNDS suppose, selon la procédure applicable aux données de santé, une autorisation de la Cnil, donnée après obtention d'un avis d'un comité éthique et scientifique[492], en pratique toujours suivi, sauf si le traitement demandé est conforme à un référentiel défini préalablement par la Cnil.

Afin de préserver leur confidentialité, les données ne peuvent être mises à disposition qu'en raison d'un motif d'intérêt public. Le SNDS ne

[491] Une autre procédure est prévue pour les recherches interventionnelles impliquant la personne humaine. L'article L. 1121-1 du code de la santé publique prévoit que ces dernières sont organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales.

[492] L'avis du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé porte sur la méthodologie scientifique du projet et sur le recours à des données à caractère personnel.

comporte pas de données nominatives[493] et est conçu pour prévenir les risques de réidentification des personnes.

Le recours à ces données étant jugée insuffisant, les lois du 26 janvier 2016 et du 24 juillet 2019 ont assoupli les conditions pour y accéder et les exploiter.

Des accès permanents ont été accordés par la réglementation à vingt-cinq, puis, depuis juillet 2021, à trente organismes ou catégories d'organismes chargés d'une mission de service public. Cette évolution a permis un essor des usages des entités concernées. Toutefois, sept organismes ou catégories d'organismes[494] n'utilisent pas ou quasiment pas ces accès, ce qui pose les questions de leur pertinence et de la nécessité d'une revue périodique des habilitations. Près de 2 500 personnes étaient habilitées à accéder au SNDS en 2023, dont 250 n'en avaient jamais fait usage.

Pour les organismes ne disposant pas de ces accès permanents, la Plateforme des données de santé a été constituée en 2019 sous forme de groupement d'intérêt public[495] afin de faciliter leur accès aux données. Elle doit accompagner les organismes demandeurs, dits « porteurs de projets » dans la formulation de leur demande et, après autorisation par la Cnil, procéder aux opérations de traitement et d'extraction des données utiles issues du SNDS. Selon le plan « Innovation santé 2030 », elle a plus largement pour objet d'accélérer la recherche et l'innovation reposant sur les données de santé et elle vise à promouvoir l'utilisation de l'intelligence artificielle. Elle a accompagné 192 extractions de données et traité 266 projets déposés en 2022.

Par ailleurs, des procédures d'accès simplifié aux données ont été définies et certaines d'entre elles sont couramment utilisées.

En premier lieu, il n'est pas nécessaire de demander d'autorisation de la Cnil pour accéder aux bases de données de données agrégées relatives au suivi des dépenses et à l'analyse de l'offre de soins, à des tableaux de bord sur la biologie et sur la pharmacie, ainsi qu'à un échantillon du Sniiram d'informations sur les caractéristiques sociodémographiques et médicales des bénéficiaires de soins et leurs prestations perçues[496].

---

[493] Le SNDS ne contient ainsi pas les noms, prénoms, adresses et numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

[494] Unions régionales des professionnelles de santé, Établissement français du sang, Autorité de sûreté nucléaire, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Fonds de financement de la couverture maladie universelle, centres de lutte contre le cancer (à l'exception de deux d'entre eux), Observatoire français des drogues et tendances addictives (recrutement en février 2024 d'un agent susceptible d'utiliser le SNDS).

[495] Il s'est substitué à l'Institut national des données de santé créé en 2016.

[496] En application de la délibération n° 2020-072 du 16 juillet 2020 de la Cnil.

En deuxième lieu, de nouvelles méthodologies de référence, procédures simplifiées d'accès aux données de santé, ont été conçues pour dispenser les porteurs de projets d'une autorisation de la Cnil. En raison de leur souplesse, elles ont représenté près de la moitié des demandes d'accès aux bases du SNDS répertoriées par la Plateforme des données de santé entre 2017 et juin 2023.

En troisième lieu, une procédure simplifiée encadre les projets d'un même responsable de traitement qui s'inscrivent dans le cadre d'une décision unique de la Cnil pour des traitements répondant à une même finalité, portant sur des catégories de données identiques et ayant des catégories de destinataires identiques. Dans ces conditions strictes, seule une cinquantaine de décisions uniques a été mise en œuvre entre 2019 et 2023.

Enfin, un décret en Conseil d'État était auparavant nécessaire pour procéder à des appariements avec des données utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. La procédure d'autorisation de la Cnil, moins contraignante, l'a remplacé.

2 - Une extension juridique volontariste du contenu du SNDS

Le SNDS a été créé avec, pour composantes initiales, les données de liquidation des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire du Sniiram, les données médico-économiques d'hospitalisation des patients du programme médicalisé des systèmes d'information, dont la finalité principale est la tarification des séjours hospitaliers, les données sur les causes médicales de décès, les données médico-sociales du système d'information commun des maisons départementales des personnes handicapées, et un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Ainsi, le SNDS était constitué de données médico-administratives sur le recours aux soins, les hospitalisations, le handicap, les prestations sociales et l'activité professionnelle. Elles couvrent quasi exhaustivement la population et ont un grand degré de finesse, mais elles sont dénuées de finalité épidémiologique.

À la lumière de travaux, dont ceux de la Cour[497], la loi du 24 juillet 2019 a élargi le périmètre du SNDS en distinguant, désormais, une base principale, dont les données couvrent l'ensemble de la population,

[497] Cour des comptes, *Les données personnelles gérées par l'assurance maladie*, communication à l'Assemblée nationale, 2016.

et, sous le terme de catalogue, un ensemble de bases de données couvrant des champs plus restreints. Par le biais d'appariements avec d'autres bases contenant des informations complémentaires, l'alimentation du catalogue doit enrichir le SNDS avec des données à contenu clinique.

Les composantes du système national des données de santé

Au sens des textes, la base principale doit contenir les catégories de données décrites dans le graphique ci-dessous. Un arrêté du 12 mai 2022 a fixé une première liste de dix bases de données pour le catalogue.

Source : Cour des comptes

La législation prévoit l'inclusion dans la base principale des données destinées aux professionnels et aux organismes de santé recueillies à l'occasion de leurs activités. Même si cette extension ne s'est pas encore concrétisée, le SNDS permet déjà de publier des statistiques et indicateurs sur les coûts et la qualité des prises en charge et du système de soins, et d'alimenter ainsi le débat public et la prise de décision.

Avec ce contenu élargi, il est possible de réaliser des études de santé publique afin de mieux évaluer l'état de santé de la population, les facteurs de risque ou les inégalités territoriales ou sociales en santé[498]. Des écarts de pratiques non justifiés peuvent être mis en évidence, ce qui favorise la diffusion des meilleures pratiques. Enfin, le monde de la recherche et les industriels peuvent utiliser ces données à des fins de connaissance et d'innovation.

3 - Un recours croissant des organismes publics au SNDS

a) Un usage régulier par les organismes d'assurance maladie

En 2016, la Cour avait mis en évidence la sous-utilisation du système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram) par les organismes d'assurance maladie et par les autres acteurs publics[499]. Depuis la mise en place du SNDS, la situation a évolué favorablement. Pour ses besoins propres, la Cnam a recours au SNDS pour alimenter certains de ses indicateurs orientés vers la recherche d'économies[500]. Le SNDS a permis de supprimer le décalage de trois mois dans le suivi des dépenses en dates de remboursement de soins du régime général.

En matière de gestion du risque et de lutte contre les abus et la fraude des professionnels de santé[501], les données du SNDS sont utilisées pour cibler les offreurs de soins susceptibles de faire l'objet d'investigations. Au plan national et au plan local, le SNDS permet de détecter des atypies dans les prescriptions de soins, dans les arrêts de travail ou dans les transports sanitaires. Les caisses primaires d'assurance maladie identifient ensuite les professionnels de santé concernés au moyen d'un système d'information distinct, qui comprend des données nominatives.

---

[498] La Drees a créé un échantillon permanent qui apparie des données démographiques et des informations issues du SNDS. Croisé avec d'autres données, il permet de mettre en regard des données sanitaires les informations relatives à la vie professionnelle et aux niveaux de vie. Il permet d'étudier les inégalités sociales et territoriales de santé et contribue à l'élaboration de politiques publiques tendant à les réduire.

[499] Cour des comptes, *Les données personnelles gérées par l'assurance maladie*, communication à l'Assemblée nationale, 2016.

[500] Par exemple, ces indicateurs ont été relatifs aux économies sur le champ des médicaments dits de spécialités (2019), au recours aux chirurgiens-dentistes pour les classes d'âge concernées par l'examen bucco-dentaire (2021) ou à l'évolution des dépenses standardisées par bénéficiaire (2022).

[501] Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs*, 2017, p. 158.

b) Un développement des utilisations par le ministère chargé de la santé

Au sein du ministère chargé de la santé, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a développé une expertise en matière d'utilisation des données de santé. Plus de la moitié des études produites s'appuie sur le SNDS[502], qui sert les 35 agents habilités de la direction (contre 12 en 2016), pour suivre la consommation de soin, la santé de la population et l'organisation du système de santé.

La direction générale de l'offre de soins dispose de six statisticiens habilités fin 2023 et produit des travaux originaux[503] alors que la Cour avait relevé en 2016 qu'elle n'était que consommatrice d'études produites par d'autres directions.

La direction de la sécurité sociale utilise le SNDS pour chiffrer l'effet des mesures introduites dans la législation, en particulier celles des lois de financement de la sécurité sociale, pour la rédaction des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, ou encore pour le suivi des dépenses d'assurance maladie.

Malgré ce développement des usages, le SNDS reste peu utilisé par le ministère pour concevoir et mettre en œuvre les politiques de santé et de protection sociale. Des indicateurs pourraient être définis à divers niveaux géographiques pour le pilotage et l'évaluation des politiques publiques.

c) Une mobilisation plus fréquente par certaines agences sanitaires

Les agences sanitaires recourent couramment au SNDS. À titre d'exemple, pour le suivi hebdomadaire des indicateurs de santé mentale, Santé publique France utilise la base OSCOUR, inscrite au catalogue et alimentée par plus de 600 services d'urgences en 2023. Cette agence a également créé un observatoire cartographique des indicateurs épidémiologiques[504], dénommé Géodes, qui repose sur des données issues du SNDS mises à la disposition du grand public.

---

[502] La Drees a analysé les causes médicales des décès survenus en 2021 (2023), la survenue des accidents vasculaires cérébraux (2022), leur fréquence, la prise en charge et les séquelles selon le niveau de vie des personnes (2022).

[503] Les cas d'usages, variés, peuvent concerner le taux de recours aux urgences, le nombre d'examens biologiques par département, etc.

[504] Ces indicateurs concernent par exemple les cancers, la covid 19, les valvulopathies ou le suicide.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé s'appuie sur le SNDS au titre de sa mission de surveillance sanitaire. En 2018, elle a constitué avec la Cnam un groupement d'intérêt scientifique (EPI-PHARE) qui mène des études de pharmaco-épidémiologie s'appuyant essentiellement sur les données du SNDS. Ses études éclairent les pouvoirs publics sur la balance bénéfice-risque associée à chaque médicament, par exemple en estimant la fréquence des événements indésirables liés à la prise d'un traitement. Fin 2023, EPI-PHARE avait publié une trentaine d'articles dans des revues internationales à comité de lecture.

C - Un potentiel encore sous-exploité

Le SNDS se caractérise par deux lacunes principales. D'une part, nombre de ses composantes restent indisponibles, parfois sans perspectives d'amélioration. D'autre part, les délais de mise à disposition des données auprès des porteurs de projets restent trop élevés, ce qui conduit certains d'entre eux à privilégier des bases de données étrangères.

1 - Un enrichissement du SNDS encore incomplet

Au début de 2024, aucune des nouvelles composantes de la base principale du SNDS prévues par la loi du 24 juillet 2019 n'a été encore rendue disponible[505]. Cette absence de concrétisation peut s'expliquer en partie par la crise sanitaire mais elle est d'autant plus décevante qu'il n'existe pas de perspective quant à leur intégration au SNDS. En particulier, malgré une expérimentation menée au début des années 2010, les données des organismes d'assurance maladie complémentaire sont manquantes et devraient le rester à moyen terme, faute d'un recueil et d'une standardisation dans un format permettant leur intégration dans le SNDS.

[505] Données relatives à la perte d'autonomie, données recueillies lors des visites médicales et de dépistage obligatoires, données recueillies par les services de protection maternelle et infantile, données recueillies lors des visites de prévention.

Concernant les bases inscrites au catalogue, certaines comportent peu de données et leur intérêt s'en trouve réduit en termes d'appariements avec la base principale. En outre, la disponibilité de ces données est tributaire de l'adoption de l'actualisation du référentiel de sécurité du SNDS qui date de 2017. Cette actualisation n'était toujours pas intervenue en mars 2024 et dans l'attente, les données restent non accessibles aux demandeurs.

En complément des bases d'ores et déjà prévues par les textes, deux catégories d'informations présentent un intérêt important pour le SNDS : d'une part, les registres et cohortes, d'autre part, les entrepôts de données hospitaliers et leur équivalent pour la médecine de ville.

Les premiers constituent des instruments pour le suivi épidémiologique. Certains sont d'ailleurs d'ores-et-déjà inscrits dans le catalogue, comme la cohorte Hepather, consacrée au suivi des patients atteints des hépatites B ou C, ou la cohorte Memento, portant sur les personnes atteintes de troubles de la mémoire. La cohorte Constances, notamment, serait utile à la recherche pour la richesse de ses données. Au Danemark, l'Autorité des données de santé est responsable d'une quarantaine de registres nationaux susceptibles d'être appariées aux données de santé générales, dans le cadre d'une nouvelle stratégie nationale pour une médecine personnalisée.

Les entrepôts de données de santé constituent une initiative plus récente, encouragée en 2022 par le ministère chargé de la santé dans le cadre de la stratégie nationale d'accélération en santé numérique. Un socle commun de données a été retenu en septembre 2023 par le comité stratégique des données de santé pour harmoniser le contenu des entrepôts hospitaliers en vue de les constituer en réseau d'ici à 2025.

L'incorporation des données de ce socle commun dans le catalogue enrichirait les informations cliniques du SNDS, en particulier dans le domaine de l'imagerie médicale ou des prescriptions médicamenteuses liées aux séjours hospitaliers. La mise en commun centralisée de ces données permettrait d'éviter des coûts de coordination dans la gouvernance[506] et la gestion opérationnelle[507] d'entrepôts, dont le fonctionnement dans la durée impliquera l'identification d'un mode de financement pérenne pour couvrir les investissements et les dépenses d'exploitation.

[506] Analyse des demandes par les équipes opérationnelles des conseils scientifiques et éthiques des centres hospitaliers, négociation des conditions de valorisation, contractualisation locale.
[507] Requêtage locaux supposant la définition de programmes informatiques adaptés à chaque environnement technique pour produire des requêtes similaires et sans biais, agrégation au niveau central avec des contrôles de qualité et de cohérence, réalisation de l'appariement avec la base principale pour chacun des projets.

D'autres types de données pourraient être incluses dans le SNDS, comme la plateforme de données en cancérologie développée par l'Institut national du cancer, les registres de santé, les cohortes en santé ou encore les bulletins de naissance collectés par l'Institut national de la statistique et des études économiques[508].

Plus largement et dans une perspective plus lointaine, une source d'enrichissement du SNDS en données cliniques résiderait dans le contenu des dossiers médicaux partagés, qui recueillent des éléments diagnostiques et thérapeutiques liés aux actes et consultations, afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins[509]. Il en va de même pour le contenu des dossiers pharmaceutiques, en particulier s'agissant des informations sur la dispensation de médicaments.

2 - Des conditions de mise à disposition des données encore complexes et insatisfaisantes

Le maintien d'un régime d'autorisation préalable par la Cnil pour la mise à disposition des données en l'absence de conformité à des référentiels se démarque des choix retenus par d'autres pays européens, moins exigeants. La responsabilité de l'octroi de l'accès repose sur le responsable des bases de données requêtées, souvent après avis d'un comité scientifique. En Finlande ou au Royaume-Uni, un même organisme autorise les projets et met à disposition les données, ce qui raccourcit les délais de traitement.

La Cnil respecte le plus souvent le délai maximal qui lui est imparti de deux mois, renouvelable une fois. Elle rend ses décisions dans un délai moyen de 74 jours, qui peut être beaucoup plus long pour certains projets.

Ce délai s'ajoute à celui, en amont, de l'analyse par le comité éthique et scientifique et, en aval, par les opérations de ciblage et d'extraction des données. La Cnam intervient à ce dernier stade puisque c'est sur elle que repose, encore à ce jour, la plupart des mises à disposition de données. Elle s'attache à mettre en œuvre un principe de minimisation, qui consiste à ne délivrer que les données strictement nécessaires à l'accomplissement du projet approuvé par la Cnil. Ce principe découle du

[508] Cour des comptes, rapport au Parlement, *La politique de périnatalité, une mobilisation à amplifier*, 2024.
[509] Cour des comptes, *Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir*, Ralfss chapitre X, 2024.

règlement général européen sur la protection des données (RGPD)[510], dont l'article 5 prévoit que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités de traitement.

Néanmoins, et comme l'indique le rapport récent d'une mission interministérielle coordonnée par M. Marchand-Arvier[511], une partie des porteurs de projets considère que la Cnam examine de manière trop minutieuse le périmètre et la profondeur historique des données sollicitées, alors que ceux-ci ont déjà été analysés dans le cadre de la procédure d'autorisation par la Cnil. En pratique, cette étape nécessite des échanges souvent longs avant la signature des conventions de mise à disposition des données.

Il revient certes à la Cnam de cibler le champ des données nécessaires à la réalisation des projets. Mais un assouplissement des modalités d'analyse pourrait être envisagé et précisé dans ses procédures internes qui seront actualisées en 2024 afin de réduire le délai de mise à disposition des données.

3 - Une mise à disposition des chercheurs et des bureaux d'études qui reste insuffisante

La loi du 24 juillet 2019 a été guidée par la volonté de développer l'utilisation des données du SNDS pour favoriser la recherche clinique mais aussi pour permettre l'émergence de nouveaux usages, notamment liés au développement des méthodes d'intelligence artificielle. Il devait s'en suivre une augmentation du recours au SNDS par les milieux de la recherche et par les acteurs privés, notamment par les bureaux d'études agissant pour le compte de firmes pharmaceutiques ou de fabricants de dispositifs médicaux.

En dehors des recherches impliquant la personne humaine, telles que les essais cliniques, qui relèvent d'une législation spécifique, les demandes de données du SNDS émanant des travaux des organismes de recherche et des bureaux d'études concernent surtout trois champs :

- les études en vie réelle ou apparentées, comme le suivi des parcours des patients postérieurement aux soins ;

[510] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.
[511] Jérôme Marchand-Arvier et al., *Fédérer les acteurs de l'écosystème pour libérer l'utilisation secondaire des données de santé*, décembre 2023.

- des études sur des facteurs de risque pour la santé en vue d'améliorer les politiques de prévention, de veille et de surveillance sanitaires ;
- des études qui analysent les dimensions économiques et sociales des problèmes de santé.

Le nombre de nouveaux projets est passé de 37 en 2018 à 165 en 2022. Cette quantification reste néanmoins incomplète, dans la mesure où certaines équipes publiques[512] bénéficient d'un accès permanent aux données. Sous cette réserve, il apparaît que de 2019 à septembre 2023, les bureaux d'études ont représenté plus de la moitié des études, dont 39 % pour les seules industries pharmaceutiques.

Graphique n° 39 : nombre de projets soumis à la Cnam nécessitant la mise à disposition de données du SNDS (2019 à sept. 2023)

Source : Cnam

Or le nombre de demandes de la part des acteurs privés, de l'ordre d'une centaine par an entre 2018 et 2020, a diminué de manière importante jusqu'en 2022 (54 demandes) avant de revenir en 2023 à près d'une centaine. Parallèlement, le nombre de projets de recherche publique reste loin en 2023 du niveau constaté avant la crise sanitaire (71 projets contre 123 en 2019). Si la crise sanitaire a conduit à une réduction du nombre de projets, il demeure que l'augmentation attendue du recours au SNDS pour la production d'études et de recherches, notamment issues des acteurs privés, ne s'est pas, à ce jour, matérialisée.

[512] CHU, centres de lutte contre le cancer, Centre national de la recherche scientifique, Institut national de recherche en informatique et en automatique, Institut national d'études démographiques, etc.

II - Un nouvel élan nécessaire pour permettre l'essor des usages du SNDS

Outre les différents facteurs déjà décrits qui ont freiné le développement des usages du SNDS, le fonctionnement du dispositif mis en place par la loi du 24 juillet 2019 a buté depuis cinq ans sur l'impossibilité pour la Plateforme des données de santé de disposer d'une copie des données du SNDS.

En conséquence, la Plateforme des données de santé n'a assuré que très partiellement le rôle que les textes lui ont confié, reportant sur la Cnam une importante charge de travail. Alors que les pouvoirs s'attachent à définir une stratégie pour développer l'utilisation des données de santé au premier semestre 2024, des mesures doivent être prises pour affiner les attendus de la solution cible de long terme, mais aussi pour remédier à ce blocage à court et à moyen terme.

A - Un blocage institutionnel persistant

Dès sa création, la Plateforme des données de santé a utilisé une solution technologique d'hébergement des données qui a suscité des réserves de la Cnil motivées par des risques d'atteinte à la confidentialité des données. Dans ce contexte, l'autorisation de la Cnil pour lui permettre de disposer de la copie de la base principale du SNDS a été sollicitée puis retirée. Il en a résulté une remise en cause du schéma institutionnel envisagé par les pouvoirs publics, qui se traduit en particulier par des délais excessifs de mise à disposition des données aux porteurs de projets.

1 - Un obstacle important à la remise des données du SNDS à la Plateforme des données de santé

En 2019, le ministère chargé de la santé a choisi de recourir à la solution technologique proposée par la filiale européenne d'un groupe américain pour héberger la copie de la base principale des données du SNDS[513] et assurer les fonctionnalités en permettant le traitement. Ce choix a été motivé notamment par le fait qu'aucune entreprise de l'Union européenne n'était en mesure de répondre techniquement aux besoins requis pour mettre en œuvre les fonctionnalités attendues d'apprentissage automatique pour les usages nécessitant le recours à l'intelligence artificielle.

[513] L'article R. 1461-3 du code de la santé publique prévoit que la Plateforme des données de santé détient une copie des bases du SNDS.

Or, le contexte juridique concernant la question des transferts de données a évolué en parallèle dans le cadre du RGPD, entré en vigueur en mai 2018, ce qui a conduit les autorités de contrôle de l'Union européenne[514] à renforcer leur vigilance à l'égard du type de solution retenue par la Plateforme des données de santé.

Un contexte juridique évolutif concernant les transferts de données en dehors de l'Union européenne

Au sens du RGPD, constituent des transferts de données toute communication, copie ou déplacement de données personnelles ayant vocation à être traitées dans un pays tiers à l'Union européenne. Ces opérations, issues de l'utilisation des services en ligne, sont encadrées par plusieurs dispositifs, de manière à garantir aux habitants de l'Union un niveau de protection adéquat de leurs données.

La décision d'adéquation constitue l'un de ces dispositifs. Elle consiste, pour la Commission européenne, à constater que le niveau de protection des données dans un pays extérieur à l'Espace économique européen est adéquat et que des transferts de données peuvent être effectués vers cet État.

Compte tenu de l'importance des États-Unis dans la mise à disposition de services numériques en ligne, la décision d'adéquation les concernant a présenté un enjeu particulier. Or, la Cour de justice de l'Union européenne a annulé en 2020 la décision du 12 juillet 2016 par laquelle la Commission européenne avait constaté que les États-Unis avaient apporté les garanties nécessaires. La Cour de justice a relevé que la réglementation américaine permettait l'accès, par les services de renseignement aux données traitées par tout opérateur américain, qu'elles soient stockées aux États-Unis ou non, remettant en cause le dispositif de protection des données sur laquelle la décision d'adéquation était fondée. Il en est résulté une impossibilité juridique de transferts de données vers les États-Unis.

À la suite d'une évolution de la réglementation américaine (*Executive Order* 14086 du 7 octobre 2022), une nouvelle décision d'adéquation a été prise par la Commission européenne en juillet 2023[515] : la collecte de données n'est dorénavant possible qu'à des fins de protection de la sécurité nationale et dans le respect du principe de proportionnalité ; les citoyens européens ont désormais accès à un mécanisme de recours auprès d'une Cour de contrôle de la protection des données. Depuis lors, les transferts de données en direction des États-Unis sont redevenus licites mais plusieurs recours contentieux ont été exercés à l'encontre de cette décision.

[514] Soit la Cnil et ses homologues des autres États membres de l'Union européenne dans le cadre du Comité européen de protection des données.
[515] Décision d'exécution 2023/1795 de la Commission européenne du 10 juillet 2023.

La Cnil considère que la décision d'adéquation de juillet 2023 qui autorise à nouveau les transferts de données vers les États-Unis ne traite pas la question des données hébergées par la Plateforme des données de santé au moyen de sa solution technologique actuelle. Selon elle, la question n'est pas tant celle des transferts que de l'accès par les autorités d'un pays tiers à des données hébergées sur le territoire de l'Union européenne. Or, celui-ci est toujours possible aux termes du contrat qui lie la Plateforme des données de santé avec son prestataire. La Plateforme conteste le bien-fondé de cette distinction entre transfert et accès, et estime que la décision d'adéquation donne les garanties nécessaires à une copie de la base principale du SNDS. Pour autant, elle n'est pas en mesure de l'obtenir en l'absence d'autorisation de la Cnil.

En conséquence, hormis pour les projets de recherches qu'elle accompagne, la Plateforme des données de santé n'est pas à même, depuis 2019, de mettre à disposition des porteurs de projets les données qu'ils sollicitent. Seule la Cnam peut répondre à leurs besoins à partir de la base de données principale, ce qui ne correspond pas au schéma institutionnel légal et qui s'accompagne de délais excessifs.

Enfin, l'impossibilité dans laquelle se trouve la Plateforme des données de santé de recevoir une copie du SNDS contribue à entraver l'extension de ses bases prévue par la législation, de manière à y intégrer de nouvelles composantes et à les apparier avec les composantes existantes.

2 - Des freins à lever à la mise à disposition rapide des données

Les conditions dans lesquelles la Cnam répond actuellement aux demandes d'études et de recherches ne sont pas satisfaisantes. En lien avec la Plateforme des données de santé, elle a certes engagé de réels efforts. Mais elle éprouve des difficultés pour assurer cette mission, qui devrait relever de la Plateforme des données de santé et qui entraîne pour elle une lourde charge administrative.

La Cnam ne procède pas à un suivi précis et régulier des demandes entrantes et des délais de traitement des demandes de mise à disposition de données du SNDS. Ces derniers ont atteint, en moyenne, 228 jours pour la recherche privée et 284 jours pour la recherche publique entre août 2017 et juillet 2023[516]. La situation récente est encore plus alarmante : en décembre 2023, un total de 110 demandes pour lesquelles l'autorisation de la Cnil

[516] Source : Plateforme des données de santé. Un rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur les données de santé (juillet 2023) estime le délai de traitement au niveau de la Cnam entre 10 et 12 mois.

avait été donnée en 2022 ou antérieurement restait à honorer, avec un délai supérieur à deux ans et demi depuis la date de soumission des projets.

Selon la Cnam, cette situation trouve sa source dans la complexification des demandes qui lui sont adressées, dans les délais de réponse des demandeurs pour l'expression de leurs besoins et dans la capacité insuffisante de ses systèmes d'information pour assurer rapidement les traitements nécessaires sans dégrader leur qualité de service.

De tels délais compromettent l'aboutissement des projets de recherche, notamment ceux effectués dans le cadre de la préparation de thèses ou pour répondre à des études commandées par les industriels de santé. En Finlande, l'accès aux données personnelles de santé varie de six à onze mois et en Allemagne, le centre de données de recherche a prévu de mettre à disposition des porteurs de projets les données qu'ils sollicitent dans un délai de trois mois. Au Royaume-Uni, le délai moyen entre le dépôt de demande d'accès et l'extraction des données par UK Biobank[517] était inférieur à quatre mois en 2022.

Il résulte de cette situation que l'utilisation des données du SNDS reste nettement inférieure à ce que son riche potentiel permettrait d'envisager. Même s'il n'est pas possible de quantifier ce phénomène, des équipes de recherche en France recourent à des bases étrangères en raison de leur plus grande facilité d'accès (UK Biobank, Findata).

Accroître l'utilisation du SNDS, conformément à ce que prévoient les pouvoirs publics, implique donc non seulement qu'il comporte davantage de données cliniques mais aussi que les délais de mises à disposition des données soient mieux maîtrisés. La situation présente est d'autant plus insatisfaisante que la Plateforme des données de santé a été précisément constituée à cette fin.

3 - Une absence durable de décision sur la question de l'hébergement des données

Les sujets relatifs aux données personnelles de santé font intervenir une pluralité d'acteurs publics qui se réunissent au sein d'un comité stratégique.

[517] UK Biobank est une cohorte permettant de mettre à disposition des données comprenant le génotypage de plus de 500 000 volontaires, le séquençage complet de l'exome de plus de 400 000 Britanniques et le séquençage complet du génome de plus de 200 000 volontaires.

La gouvernance des données de santé

Au sein du ministère de la santé, la Drees *« est chargée de la gouvernance des données de santé et de la définition des règles de leur mise à disposition »*[518]. De surcroît, une délégation du numérique en santé a été constituée au sein de l'administration centrale pour animer la gouvernance du numérique en santé[519]. Outre le ministère chargé de la santé, la gouvernance du SNDS fait intervenir la Cnam et la Plateforme des données de santé, dont les statuts ont ceci d'atypique que l'État ne dispose que de 16,5 % des voix au conseil d'administration.

Pour améliorer le pilotage des questions relatives aux données de santé, un comité stratégique a été constitué en 2021. Sa mise en place s'est avérée tardive puisque la création de cette instance avait été prévue en 2017, même si la gestion de la crise sanitaire explique en partie ce retard.

Ce comité stratégique, à la composition très large (25 membres)[520], a mis en place plusieurs groupes de travail, notamment sur le financement des entrepôts de données, la tarification de la mise à disposition des données, la définition d'un socle de données pour les entrepôts de données de santé hospitaliers, l'identification de bases susceptibles d'intégrer le catalogue du SNDS et la gouvernance de l'accès aux données de santé.

Dans un contexte où la priorité a été accordée à l'hébergement des données de santé par des solutions techniques relevant exclusivement du droit de l'Union européenne, aucune décision publique n'a été prise pour résoudre la difficulté créée par le choix d'un hébergeur soumis à des lois extra-européennes selon un horizon compatible avec les attentes des porteurs de projets.

Le ministère du travail, de la santé et des solidarités a prévu de publier d'ici à la fin du premier semestre de 2024 une feuille de route sur l'usage secondaire des données de santé prenant en compte les travaux du comité stratégique, notamment en matière de gouvernance et de tarification, et les conclusions du rapport de la mission confiée à M. Marchand-Arvier. Il apparaît aujourd'hui indispensable que des décisions soient prises au plus tôt et intègrent différentes échéances temporelles.

[518] Article 8 du décret nº 2000-685 du 21 juillet 2000.
[519] Article 2 du décret nº 2019-1412 du 20 décembre 2019 portant diverses dispositions relatives à l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales.
[520] Placé sous la présidence du ministre ou du directeur de la Drees par délégation, il inclut la Plateforme des données de santé, la Cnam, le ministère chargé de la recherche, des institutions utilisatrices du champ de la santé et de la recherche, ainsi que des représentants des hôpitaux.

B - Un nécessaire horizon de long-terme et des mesures palliatives à court et moyen terme

Comme l'a rappelé le rapport de la mission Marchand-Arvier, remédier à la situation de blocage est un préalable à l'engagement d'une stratégie visant à développer l'usage des données de santé.

Il ressort des propositions issues de ce rapport qu'il y a lieu de fixer des perspectives de long terme pour faire émerger une solution répondant aux attentes technologiques les plus avancées tout en relevant exclusivement du droit de l'Union européenne. Il conviendra aussi d'adopter des mesures pour faire évoluer les conditions de mise à disposition des données à moyen et améliorer la qualité de service à court terme.

1 - Des perspectives à tracer pour le long terme

Les études menées par le ministère chargé de la santé aboutissent au constat selon lequel aucun prestataire n'est actuellement à même à la fois d'apporter les garanties nécessaires à l'égard des risques d'accès par des États extérieurs à l'Union européenne et de de proposer les fonctionnalités les plus avancées en matière d'intelligence artificielle. De son côté, le rapport de la mission Marchand-Arvier estime qu'une telle offre pourra être fonctionnelle d'ici 2026, ce qui apparaît optimiste car elle est tributaire de paramètres industriels complexes. Les ambitions initiales de la loi du 24 juillet 2019 ne pourront donc être mises en œuvre, au mieux, que sept ans après sa promulgation.

Au plus tard à cet horizon, il faudra également mettre en place un dispositif de redevances pour les utilisateurs privés des données de santé afin de couvrir tout ou partie du coût de mise à disposition[521]. La Cour des comptes avait déjà appelé de ses vœux en 2016 la tarification de l'usage des bases de données de santé. Cette tarification contribuera, en outre, au financement pérenne des entrepôts de données de santé hospitaliers.

Une réflexion, conduite par le comité stratégique, a porté sur l'identification d'un outil d'estimation des coûts, qui constitue un prérequis au calcul des redevances. Les réflexions en cours pourraient s'inspirer des modalités mises en place par le centre d'accès sécurisé aux données (CASD).

[521] Bénéficient aujourd'hui d'une gratuité de droit les traitements de données concernant la santé demandés par l'autorité publique et les recherches réalisées exclusivement pour les besoins de services publics administratifs. Les autres recours au SNDS devraient être, en principe, payants.

Le Centre d'accès sécurisé aux données

Le CASD est un groupement d'intérêt public créé par arrêté du 29 décembre 2018 rassemblant l'État, représenté par l'Institut national de la statistique et des études économiques, le Groupe des écoles nationales d'économie et statistique, le Centre national de la recherche statistique, l'école polytechnique, HEC Paris et la Banque de France.

Il agit en tant que tiers de confiance en mettant à disposition un équipement conçu pour permettre aux utilisateurs de travailler sur des données fournies par des producteurs dans des conditions de sécurité élevées. Après avoir signé un contrat avec le CASD, le producteur transmet une copie de ses données afin qu'elles soient stockées dans l'infrastructure sécurisée du CASD en France, dite « bulle sécurisée ». À la différence de ce qui est proposé par les autres opérateurs « cloud », les données sont stockées dans un lieu unique et identifié. Le producteur des données en reste le propriétaire et définit leurs conditions d'utilisation et les personnes habilitées à y accéder.

Le CASD facture une partie de ses coûts de fonctionnement sous forme d'abonnement, dont le montant dépend notamment de la puissance de calcul. Dans le domaine de la santé, le CASD permet déjà l'accès aux données des séjours hospitaliers publics et privés en France (données du programme médicalisé des systèmes d'information), ainsi qu'à certaines cohortes.

2 - Une solution intermédiaire à identifier pour décharger la Cnam des tâches de mise à disposition des données

Compte tenu des délais actuels de mise à disposition des données par la Cnam, celle-ci n'est pas en mesure de répondre à une demande croissante de projets. Parallèlement à la concrétisation de la solution de long terme, des actions alternatives doivent être mises en œuvre. Plusieurs pistes sont envisageables.

La première, privilégiée par la mission Marchand-Arvier, consiste à identifier un acteur relevant exclusivement du droit de l'Union européenne européen à même de traiter les demandes d'accès aux données dans les conditions de sécurité requises, en renonçant temporairement aux fonctionnalités technologiques avancées liées à l'intelligence artificielle. La mission préconise de procéder à un audit flash du CASD. Si les conclusions de cet audit sont favorables, elle envisage une dévolution dans les six mois. Les délais pourraient être toutefois plus importants, compte tenu de la procédure d'autorisation de la Cnil et de l'opération technique de transfert de la copie de la base principale du SNDS, et surtout pour respecter les délais de passation d'un appel d'offres.

La deuxième piste serait de confier la copie de la base principale au prestataire actuel de la Plateforme des données de santé, dont la maison-mère n'est pas européenne. La Cnil a déjà autorisé en décembre 2023, à titre dérogatoire, la Plateforme des données de santé à recourir à ce prestataire pour constituer un entrepôt de données de santé à des fins de pharmacovigilance. Cette dérogation, accordée en raison de sa durée limitée et au regard d'un engagement pris auprès de l'Agence européenne des médicaments[522], a été récemment contestée devant le Conseil d'État. Une dérogation étendue ne serait envisageable que si sa légalité était confirmée et si des assurances pouvaient être obtenues sur la mise en œuvre rapide de la solution-cible.

Une troisième piste serait de limiter le recours au prestataire actuel de la Plateforme des données de santé, après autorisation de la Cnil, aux seuls traitements de données liés à l'intelligence artificielle. Dans cette hypothèse, la Cnam puis le nouveau prestataire sélectionné prendrait en charge les demandes d'accès répondant à des besoins courants, qui sont les plus nombreux.

Tout en étant indispensable pour décharger la Cnam, une solution alternative occasionnerait des surcoûts par rapport au schéma initialement envisagé. En 2022, la Plateforme des données de santé avait estimé à 1,5 M€ le coût minimal induit par la migration vers un fournisseur de services autre que celui qu'elle avait sélectionné[523]. Une fois la migration effectuée, un surcoût d'exploitation par rapport à l'hébergeur actuel serait aussi à supporter.

3 - Des mesures à prendre rapidement pour réduire les délais de mise à disposition par la Cnam

Dans l'attente d'une solution alternative à mettre en place le plus rapidement possible, la mise à disposition des données issues de la base principale du SNDS continuera à reposer sur la Cnam. Dans cet intervalle, les délais de mise à disposition des données aux demandeurs doivent être réduits.

La Cnam prévoit d'actualiser en 2024 ses procédures internes de traitement des données et de conclusion des conventions de cession de données. À cette occasion, les délais inhérents à chaque étape du processus devraient être identifiés afin d'engager les mesures correctrices nécessaires pour les réduire.

[522] Délibération de la Cnil n° 2023-146 du 21 décembre 2023.
[523] En revanche, une telle opération n'occasionnerait pas nécessairement le versement d'une indemnité de rupture contractuelle au prestataire actuel.

Par ailleurs, des moyens de la Plateforme des données de santé pourraient être redéployés temporairement vers la Cnam. Déjà, 3,6 équivalents temps plein ont été mis à disposition et des capacités de traitement de la part de bureaux d'études ont été financées. Des marges de manœuvre supplémentaires existent au regard des moyens dont dispose la Plateforme des données de santé, compte tenu de la sous-exécution en dépenses qui a marqué sa gestion budgétaire ces dernières années. Au 31 décembre 2022, son fonds de roulement atteignait 32,6 M€ et représentait plus de deux années de ses charges brutes d'exploitation.

Enfin, en suivant la logique retenue dans une convention de co-traitement conclue entre la Cnam et la Plateforme des données de santé[524], une répartition du traitement des demandes pourrait être organisé.

Pour insatisfaisant que soit un tel dispositif au regard du schéma institutionnel prévu par la loi du 24 juillet 2019, il permettrait de réduire les délais de mise à disposition des données du SNDS, et ainsi d'encourager une plus vaste utilisation de son contenu par la recherche et par les acteurs privés.

[524] Convention conclue le 30 novembre 2023 entre la Cnam et la Plateforme des données de santé pour organiser la répartition des tâches entre les deux organismes s'agissant d'un ensemble de 10 projets impliquant d'apparier le SNDS avec d'autres sources de données.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans sa communication à l'Assemblée nationale de 2016 sur les données personnelles gérées par l'assurance maladie, la Cour avait souligné la richesse du système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), sans équivalent dans d'autres pays, et regretté le trop faible usage qui en était fait.

La création en 2016 du système national des données de santé (SNDS) puis son extension en 2019 devaient permettre d'y remédier en complétant ces bases de données par des informations cliniques. Toutefois, les intentions du législateur ne se sont traduites que par des progrès très en-deçà des ambitions affichées.

Une action plus résolue apparaît nécessaire. Le champ du SNDS doit être étendu aux entrepôts de données de santé hospitaliers et être enrichi avec plus de données cliniques. Surtout, cet enrichissement restera vain tant qu'il n'aura pas été remédié au blocage de l'hébergement des données, qui empêche la Plateforme des données de santé d'exercer ses missions.

La Cour formule donc la recommandation de politique publique et les deux recommandations de gestion suivantes :

39. *dans l'attente de la mise en œuvre de la solution cible de cloud relevant exclusivement du droit de l'Union européenne, adopter une solution de moyen terme permettant la remise par la Cnam d'une copie de la base principale du SNDS à un hébergeur relevant exclusivement du droit de l'Union européenne (ministère du travail, des solidarités et de la santé, Plateforme des données de santé et Cnam) ;*

40. *dans l'immédiat, réduire les délais de mise à disposition des données en amplifiant les actions permettant d'accélérer le traitement des demandes par la Cnam (Cnam, Plateforme des données de santé) ;*

41. *intégrer dans le catalogue du SNDS le contenu du socle commun de données devant figurer dans les entrepôts de données de santé hospitaliers, en vue d'un hébergement sous la responsabilité de la Plateforme des données de santé (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Plateforme des données de santé).*

Chapitre XII

La retraite des professions libérales : une organisation cloisonnée et peu efficiente, une évolution nécessaire

PRÉSENTATION

La gestion de la retraite des professions libérales, confiée en 1948 à l'organisation autonome de l'assurance vieillesse des professions libérales (OAAVPL), est assurée par la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et dix sections professionnelles. La caisse nationale est chargée de la gestion du régime de base unique mis en place en 2003, qu'elle délègue à des sections professionnelles tout en assurant la gestion des réserves de ce régime. Les sections gèrent, de manière indépendante, les régimes de retraite complémentaires et d'invalidité-décès.

Dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en 2014, la Cour avait relevé la nécessité d'un pilotage renforcé des sections professionnelles par la CNAVPL et par les pouvoirs publics. Elle avait constaté de graves dysfonctionnements à la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav), section professionnelle qui regroupe le plus grand nombre de professions rattachées à la CNAVPL. Les dysfonctionnements n'étaient que partiellement corrigés lors du contrôle de suivi réalisé sur la Cipav en 2017.

Depuis lors, l'environnement dans lequel opèrent la CNAVPL et ses sections professionnelles a profondément changé. Comme l'avait recommandé la Cour, des contrats pluriannuels lient désormais l'État à la CNAVPL et celle-ci à chaque section professionnelle, mais ils ne portent que sur le régime de base. Après l'abandon en 2020 du projet de système universel de retraite qui devait conduire à la suppression du régime de retraite des professions libérales, la réforme des retraites de 2023 n'est pas revenue sur les conditions de son organisation, pourtant peu efficiente.

Dans ce contexte, la Cour a contrôlé, en 2023, les comptes et la gestion de la CNAVPL et des trois principales sections professionnelles : outre la Cipav, la caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) et la caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (Carpimko).

Elle constate que l'OAAVPL demeure inadaptée pour assurer une gestion cohérente des régimes qui lui sont confiés et insuffisamment contrôlée (I). Les retards pris dans la modernisation et dans la recherche d'efficience, accentués par l'absence de vision commune et de mutualisations entre les caisses de l'organisation commune, appellent des évolutions profondes (II).

Chiffres-clés 2022

Les dix sections professionnelles qui gèrent le régime de base et les régimes complémentaires de retraite, ainsi que le régime d'invalidité-décès, couvraient 1,37 million d'affiliés, dont 915 000 cotisants et 458 000 retraités de droit direct ou de droit dérivé.

Elles ont versé 2,1 Md€ de pensions de base et 5,1 Md€ de pensions complémentaires.

Elles disposent d'importantes réserves, dont le montant cumulé atteint 35 Md€.

I - Une organisation manquant de cohérence et peu contrôlée

Les professions libérales relèvent pour leur retraite d'une organisation spécifique, l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (OAAVPL), qui regroupe la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et dix sections professionnelles.

Ces caisses de retraite, dotées de la personnalité juridique et auxquelles ont été reconnues l'autonomie de gestion et l'autonomie financière, sont des organismes de sécurité sociale chargés d'une mission de service public, placés sous le contrôle de l'État[525].

La caisse nationale est dotée de pouvoirs limités sur les sections professionnelles (A). Les régimes de retraite complémentaire et de prévoyance sont gérés de manière hétérogène par les sections (B) et les pouvoirs publics n'exercent qu'un contrôle distant sur chacune des sections professionnelles (C).

A - Une juxtaposition de sections indépendantes, une caisse nationale aux pouvoirs limités

La CNAVPL délègue la gestion du régime de retraite de base aux sections professionnelles qui assurent, de manière autonome, la gestion des régimes complémentaires, surcomplémentaires et d'invalidité-décès. L'organisation commune est marquée par un fort ancrage professionnel (1), un défaut de pilotage (2) et des difficultés anciennes (3).

[525] Code de la sécurité sociale, article L.641-1.

Schéma n° 4 : l'organisation autonome de l'assurance vieillesse des professions libérales

Source : Cour des comptes

1 - Un ancrage professionnel fort, des spécificités marquées

Les sections professionnelles constituent, avec la CNAVPL, un ensemble hétérogène, du fait de la diversité des professions couvertes et de la taille hétérogène de ces caisses de retraite.

La répartition des professions au sein de l'OAAVPL

Depuis que la caisse nationale des barreaux français (CNBF) a quitté l'organisation autonome en 1954, celle-ci comprend dix sections professionnelles représentant chacun un ou plusieurs métiers.

La première, par le nombre d'assurés, est la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (Cipav), qui, depuis 2018, regroupe 21 professions très diverses contre plus de quatre cents avant 2018 (architectes, géomètres, psychologues, moniteurs de ski…). Viennent ensuite la caisse de retraite des infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (Carpimko) et la caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf).

Les sept autres sections professionnelles couvrent, respectivement, les chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF), les vétérinaires (CARPV), les agents généraux d'assurance (Cavamac), les experts-comptables et les commissaires aux comptes (Cavec), les officiers ministériels, officiers publics et officiers des compagnies judiciaires (Cavom), les pharmaciens (CAVP) et les notaires (CPRN).

La Cipav, la Carpimko et la Carmf représentent ensemble 80 % des cotisants et 75 % des retraités de l'organisation autonome. La Cipav compte cent fois plus de cotisants (environ 420 700 en 2022[526]) que la Cavom (de l'ordre de 4 000).

Tableau n° 36 : effectif et parts des cotisants et des retraités du régime de base (2022)

Sections	**Cotisants (1)**	**Retraités (2)**	**% cotisants**	**% retraités**
Cipav	420 742	140 346	46,1 %	34,9 %
dont micro-entrepreneurs (3)	*232 300*	*13 256*	*25,5 %*	*3,3 %*
Carpimko	240 156	76 061	26,3 %	18,9 %
Carmf	123 879	84 855	13,6 %	21,1 %
Autres sections	127 145	101 239	14,0 %	25,1 %
Total CNAVPL	**911 922**	**402 501**	**100 %**	**100 %**

(1) Cotisants hors conjoints collaborateurs (2 945) ; (2) Retraités de droit direct ; (3) Micro-entrepreneurs déclarant un chiffre d'affaires non nul.
Source : Cour des comptes, données au 30 juin, Rapport administratif et financier de la CNAVPL

L'effectif salarié des caisses reflète cette hétérogénéité. Le nombre d'équivalents temps plein va d'un peu plus de 20 pour la CNAVPL à un peu plus de 300 pour la Cipav, avant transfert du recouvrement aux Urssaf au 1er janvier 2023. Leur taille est réduite.

Le nombre de retraités de droit direct a crû de 6,2 % entre 2018 et 2022, tandis que le nombre de nouveaux affiliés restait stable, autour de 32 000 par an. Le nombre de cotisants pour un retraité s'est dégradé, passant, à la CNAVPL, de 3 en 2018 à 2,4 en 2021, tout en restant l'un des plus élevés parmi les régimes de retraite. La Cipav fait exception, du fait de la dynamique propre aux micro-entrepreneurs.

[526] Soit un effectif quasi-équivalent à celui de 2018 (476 246).

La place des micro-entrepreneurs dans l'OAAVPL

Les micro-entrepreneurs représentaient 62 % des cotisants de la Cipav et 34,5 % de ceux de la CNAVPL en 2022.

L'évolution du périmètre des affiliés à la Cipav est étroitement liée au changement règlementaire survenu en 2018, qui a conduit à affilier automatiquement au régime général les nouveaux professionnels libéraux et les micro-entrepreneurs exerçant une profession non inscrite dans la loi.

Ceux qui étaient affiliés à la Cipav avant cette réforme le sont restés. Ils disposaient, jusqu'au 31 décembre 2023, d'un droit d'option leur permettant de rejoindre, s'ils le souhaitaient, le régime général. Cette option n'a été exercée que par un peu plus de deux cents affiliés.

Les professions libérales se distinguent par des niveaux de pensions plus élevés que ceux des salariés du régime général, conséquence de leurs revenus d'activité et de leur âge de départ à la retraite.

Les revenus d'activité annuels moyens de la plupart des professionnels libéraux sont supérieurs à ceux des salariés du régime général. Le rapport est de un à quatre pour les agents généraux d'assurance, les médecins ou les experts-comptables. Leur âge moyen de départ en retraite est également plus tardif : 32 % sont partis à la retraite avant 63 ans, contre 62 % des salariés du régime général, 35 % à 66 ans ou plus contre 13 %.

Graphique n° 40 : répartition des nouveaux retraités de 2020 selon leur âge au 31 décembre

Source : Drees, Les retraités et les retraites, édition 2022

Ce départ plus tardif est en grande partie déterminé par les conditions des régimes complémentaires. À titre d'exemple, les pensions complémentaires sont liquidées en moyenne après 66 ans à la Cavom et à la Carmf. Elles représentent une part souvent prépondérante des pensions de retraite perçues par les affiliés, pouvant aller jusqu'à 3,5 fois le montant de la retraite de base à la Carmf, y compris l'avantage social vieillesse[527].

Graphique n° 41 : parts des régimes dans les pensions annuelles moyennes versées par la Carmf, la Carpimko et la Cipav (2022)

Source : Cour des comptes à partir des données des sections

2 - Une caisse nationale sans réelle autonomie

Le législateur a confié à la CNAVPL la mission d'animer, de coordonner et de contrôler les sections professionnelles. La caisse délègue la gestion du régime de base aux sections professionnelles, ce qui l'a conduite à structurer, sous la supervision d'une commission *ad hoc* de son conseil d'administration depuis 2015, une fonction d'audit interne des sections délégataires. Ce dispositif de maîtrise des risques, centré sur le régime de base, doit encore être élargi et approfondi[528].

[527] Les régimes d'avantage social vieillesse, dits surcomplémentaires, prévoient la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations d'assurance vieillesse de certains professionnels conventionnés (médecins, auxiliaires médicaux, chirurgiens-dentistes, directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins et sages-femmes).
[528] À la suite, notamment, de l'entrée en vigueur du décret du 30 septembre 2022 relatif au contrôle interne dans les organismes de sécurité sociale.

Pour le reste, la caisse nationale n'exerce, sur bien des plans, qu'un magistère d'influence. Sa capacité d'action, d'entraînement et de contrôle dépend des décisions prises par son conseil d'administration, au sein duquel les dix présidents des sections professionnelles siègent de droit et disposent de 30 voix sur 36.

La CNAVPL n'a pu convaincre les sections professionnelles d'engager la mutualisation des systèmes d'information, de gestion des marchés, ou des réserves. Elle n'a pas non plus réussi à canaliser les initiatives dans ce domaine, comme en témoigne l'échec du *Groupe Berri*, constitué en association en 2011 par la Cipav, la Cavom, l'Ircec et la Cavec pour mutualiser leurs directions et plusieurs fonctions opérationnelles. Le *Groupe Berri* a été dissous en 2018, après plusieurs années de tensions.

La caisse nationale n'est, par ailleurs, pas parvenue à coordonner les sections professionnelles en matière de communication externe. Ainsi, des actions d'influence et de *lobbying* auprès des pouvoirs publics ont été lancées par plusieurs d'entre elles dans des périodes de préparation de réformes des régimes de retraite, qui relevaient du niveau national et dont le bien-fondé n'était pas toujours assuré[529].

Tableau n° 37 : exemples de marchés portant sur des actions d'influence (2018-2022)

Caisse	Prestations	Marché public	Montant
CNAVPL	Conseil, communication et influence	Honoraires forfaitaires	63 600 €
Carpimko	Relations institutionnelles et lobbying	Deux marchés de trois ans	116 148 € et 28 898 €
Cipav	Stratégie et lobbying*	Marché subséquent n° 2 du lot 2	239 760 €
Cipav	**Stratégie et lobbying****	**Marché subséquent n° 5 du lot 2**	**177 984 €**

** actions auprès des décideurs et acteurs publics ou parapublics.*
*** actions de lobbying dans le cadre de la réforme des retraites.*
Source : Cour des comptes, données des caisses concernées

[529] Les actions de *lobbying* auprès des pouvoirs publics relèvent de la compétence des fédérations et syndicats professionnels, les caisses de retraite ayant, elles, pour mission de gérer les régimes obligatoires et leurs réserves. Sur le recours à des expertises externes, voir Cour des comptes, *Le recours par l'État aux prestations intellectuelles de cabinets de conseil*, rapport public thématique, juillet 2023.

Enfin, la CNAVPL ne s'est pas affirmée comme représentant les sections professionnelles auprès des pouvoirs publics et des partenaires institutionnels de l'organisation commune, pourtant l'une de ses missions d'origine, lors des concertations relatives à la création d'un système universel de retraite. De même, les modalités de la récente réforme du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants ont été explorées par l'administration directement avec les fédérations professionnelles.

3 - Une organisation fragmentée et sous tension

a) Des tensions liées à la répartition des dotations de fonctionnement

La répartition entre les sections professionnelles des dotations de fonctionnement accordées pour la gestion du régime de base a longtemps été source de conflits au sein de l'OAAVPL. La Cipav et la Cavom ont, pour cette raison, refusé de signer le premier contrat pluriannuel de gestion avec la CNAVPL en 2016.

Dans un contexte de tensions exacerbées, la Cipav n'a plus siégé au conseil d'administration de la CNAVPL entre octobre 2017 et janvier 2019 et elle a refusé d'apporter son concours aux audits de la CNAVPL à partir de 2017. Ces audits n'ont repris dans des conditions normales qu'en 2020.

Ces manquements graves n'ont pas eu de conséquences directes et immédiates, en l'absence de dispositions permettant à la CNAVPL de peser sur les sections professionnelles pour exercer l'ensemble des missions que lui a confiées le législateur et préserver la cohésion de l'organisation commune.

b) Une pondération des voix au conseil d'administration sujette à débat

La répartition des voix allouées à chacune des sections professionnelles au sein du conseil de la CNAVPL est, de longue date, un sujet sensible. Elle repose, depuis 2013, sur l'attribution de voix par tranche d'affiliés, afin de permettre la représentation de toutes les sections, ce qui conduit à réduire le nombre des voix accordées aux plus importantes.

Tableau n° 38 : répartition du nombre des affiliés et des voix au conseil d'administration de la CNAVPL

	Part des affiliés de droit direct	Nombre de voix	Part du total des voix
Cipav	43 %	6	20 %
Carpimko	24 %	6	20 %
Carmf	16 %	5	17 %
Autres sections	17 %	23	43 %
Total	**100 %**	**30**	**100 %**
UNAPL/CNPL	**-**	**6**	**-**

Source : Rapport administratif et financier de la CNAVPL, 2022

Ainsi, la Cipav, la Carpimko et la Carmf, qui représentent 83 % des affiliés de droit direct, disposent ensemble de 57 % des voix au conseil d'administration de la CNAVPL. La Cipav a autant de voix que la Carpimko, alors qu'elle est près de deux fois plus importante en nombre d'affiliés de droit direct.

c) Des risques de contestations et des contentieux persistants à la Cipav

La gestion de la Cipav a été marquée, jusqu'à la nomination d'un administrateur provisoire en 2020, par de graves dysfonctionnements qui ont dégradé le service rendu aux assurés[530] et donné lieu à des contestations[531].

Cette caisse n'est plus dans la même situation qu'en 2018 mais le nombre de recours contentieux demeure important (2 475 recours reçus en 2022 par la Cipav, contre 3 143 en 2018) et de nouveaux fronts devant les tribunaux ont connu des développements porteurs de risques financiers.

[530] Problèmes de qualité des données relatives aux affiliés, à l'origine d'erreurs nombreuses dans le recouvrement des cotisations et dans la liquidation des pensions, médiocre qualité de l'accueil téléphonique et des délais de traitement des courriers, notamment.

[531] Cour des comptes, *La Cipav : une gestion désordonnée, un service aux assurés déplorable*, Rapport public annuel, février 2014 et *La Cipav : une qualité de service encore médiocre, une réforme précipitée*, Rapport public annuel, février 2017.

Un risque contentieux associé aux micro-entrepreneurs

Pour promouvoir le statut de micro-entrepreneur, la cotisation forfaitaire d'assurance vieillesse des redevables a bénéficié d'un taux réduit par rapport à celui applicable aux professionnels libéraux (- 75 %). La Cipav a reçu de l'État une compensation pour la perte de recettes induite, uniquement pour le régime de base. Pour la retraite complémentaire, elle a appliqué, en accord avec sa tutelle, une logique de stricte proportionnalité entre les cotisations versées et les droits ouverts.

Dans un arrêt du 23 janvier 2020, la Cour de cassation a fait droit à un plaignant qui réclamait des droits à retraite complémentaire identiques à ceux des professionnels libéraux de droit commun relevant de sa classe de cotisation. Le nombre des litiges en cours et les conséquences financières pour la caisse sont, à ce stade, limitées[532], mais cette jurisprudence pourrait être appliquée à un plus grand nombre de dossiers.

Par ailleurs, à la suite de la plainte déposée par une association d'adhérents de la Cipav, une information judiciaire a été ouverte portant sur divers faits de gestion, dont plusieurs sont postérieurs à 2020.

B - Des régimes aux spécificités marquées, des gestions hétérogènes

Les sections professionnelles gèrent le régime de base selon les orientations fixées par des contrats pluriannuels et sous le contrôle de la caisse nationale (1). Elles perçoivent et répartissent des dotations d'aide sociale (2). Elles sont enfin responsables des régimes complémentaires et de prévoyance, qu'elles gèrent en ordre dispersé (3).

1 - Un régime de base excédentaire, supervisé par la CNAVPL

Le régime de base des professions libérales est, depuis le 1er janvier 2004, un régime par points. Les cotisations sont dues sur la base

[532] De l'ordre de deux cents à ce stade. Un peu plus de quatre-vingt décisions défavorables à la caisse ont été exécutées en 2023, représentant un montant cumulé d'environ 55 000 €.

de tranches de revenu d'activité affectées de taux de cotisation spécifiques[533], dans la limite d'un plafond fixé par décret.

Tableau n° 39 : le régime de base en quelques chiffres (2022)

Nombre de cotisants (1)	Nombre de retraités de droit direct (1)	Pension annuelle moyenne	Réserves (2)
911 922	402 501	4 677 €	2,14 Md€

(1) au 30 juin, (2) au 31 décembre.
Source : données de la CNAVPL

Le montant annuel moyen des pensions versées au titre du régime de base s'établissait à 4 677 € en 2022. La Cipav, la Carpimko et la Carmf ont versé 1,3 Md€ de prestations du régime de base en 2022, soit 65 % du montant total versé à ce titre par les sections professionnelles, dont 621 M€ par la Carmf, 400 M€ par la Carpimko et 286 M€ par la Cipav.

Un rendement élevé, appelé à diminuer

En 2023, la valeur de service du point à la CNAVPL était fixée à 0,6076 € et la valeur d'achat du point pour un revenu équivalent au plafond de la sécurité sociale à 8,3834 €, soit un rapport entre ces deux valeurs, appelé rendement technique, de 7,25 % (pour 1 € de cotisations versées, le retraité perçoit 7,25 centimes de pension annuelle). Ce rendement diminue avec le niveau de revenus, pour se stabiliser à 4,32 % pour les revenus supérieurs à 5 fois le plafond de la sécurité sociale ; le régime est ainsi redistributif. Pour un revenu annuel de 75 154 € (revenu moyen des professionnels libéraux), il s'établit à 6,45 % : le pensionné récupère la totalité des cotisations versées après 15,5 années, soit bien avant la fin de sa période de retraite estimée à une vingtaine d'années en moyenne.

Le rendement est appelé à diminuer au fil du temps : il rapporte la valeur de service du point, indexée sur les prix, à la valeur d'achat du point, indexée sur les revenus d'activité, lesquels évoluent plus vite que les prix sur longue période.

L'excédent enregistré par le régime de base, d'un montant cumulé de 1,25 Md€ de 2018 à 2022, a évolué au cours de la période sous l'effet

[533] Les affiliés doivent acquitter en 2023 une cotisation au régime de base à hauteur de 10,10 % pour les revenus inférieurs à 43 992 € et de 1,87 % pour leurs revenus compris entre 43 992 € et 219 960 €. La cotisation liée à chaque tranche ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points qui serviront au calcul de la pension.

de la baisse de la charge, liée aux transferts inter-régimes de compensation démographique[534], de l'évolution des revenus d'activité des professionnels libéraux et des reports de cotisations qui leur ont été accordés pour faire face à la crise sanitaire.

Au 31 décembre 2022, les réserves du régime de base s'élevaient à 2,14 Md€ en valeur comptable, soit plus d'une année de prestations.

2 - Des aides au titre de l'action sociale

Chaque année, le conseil d'administration de la CNAVPL répartit la dotation nationale d'action sociale accordée au titre du régime de base entre les sections professionnelles en fonction de l'effectif affilié. Le montant de ces dotations a été stable depuis 2018, à l'exception de l'année 2020 en raison du contexte sanitaire. Il s'est élevé, pour les trois sections professionnelles contrôlées (Cipav, Carpimko et Carmf) à 4,2 M€ en 2022[535].

Durant la crise sanitaire, des aides spécifiques ont été décidées par les trois principales sections professionnelles au bénéfice de leurs assurés.

Les aides mises en place durant la crise sanitaire

En réponse à la pandémie de covid 19, le conseil d'administration de la Carmf a choisi d'aider les médecins affiliés à payer leurs cotisations retraite dues au titre des régimes de base, complémentaires et surcomplémentaires. Cette aide a représenté environ 1,5 mois de cotisation pour un médecin en secteur 1, dans la limite de 2 007 €, soit 225,2 M€ en 2020. Elle a bénéficié à 97,1 % des cotisants (120 095 médecins).

La Carmf a également été autorisée par les pouvoirs publics à ne pas procéder au recouvrement des cotisations dues pour les médecins retraités effectuant volontairement des remplacements en cumul emploi-retraite jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire, pour un coût de 5,1 M€. Enfin, différentes mesures de suspension des prélèvements automatiques mensuels d'administration ont été adoptées pour les cotisations 2020.

[534] Du fait de la dégradation du nombre de cotisants par retraité liée à l'affiliation, à partir du 1er janvier 2018, des nouveaux cotisants micro-entrepreneurs au régime général et non à la CNAVPL. Ce ratio se rapproche du ratio moyen des régimes de retraite.

[535] Les montants d'aide sociale ont été de 11,3 M€ au titre des régimes complémentaires et surcomplémentaire et à 1,1 M€ au titre des régimes d'invalidité-décès.

Le conseil d'administration de la Carpimko a décidé le versement forfaitaire aux actifs d'une aide covid 19, financée au moyen du régime complémentaire (140 M€) et du fonds d'action sociale (89 500 €).

À la Cipav, les aides accordées aux affiliés en lien avec la crise sanitaire ont atteint 100 M€, financées par le régime invalidité-décès. Le budget de l'action sociale a été doublé en 2020 et près de 6 000 aides ont été versées, pour un montant total de 9 M€.

3 - Des stratégies financières propres aux sections professionnelles

Les caisses de l'OAAVPL gèrent d'importantes réserves, qui atteignaient 35 Md€ au 31 décembre 2022. Les réserves du régime de retraite de base ne représentent que 6 % de ce montant.

Tableau n° 40 : montant des réserves* à fin 2022

CNAVPL	Carmf	Carpimko	Cipav	OAAVPL
2,14 Md€	5,76 Md€	4,36 Md€	7,67 Md€	35 Md€

** Les réserves des sections professionnelles sont concentrées dans le régime complémentaire et, de façon plus limitée, dans le régime invalidité-décès.*
Source : Cour des comptes, données des caisses

Les caisses opèrent dans un cadre réglementaire peu contraignant. Au lendemain de la crise financière de 2008, une actualisation des règles de gestion des réserves est apparue nécessaire à la tutelle pour assurer, notamment, la cohérence entre leurs réserves financières et leurs passifs. Toutefois, le décret du 9 mai 2017 qui devait préciser ces règles a fait l'objet d'une invalidation partielle[536], en raison des conséquences qu'il aurait pu avoir pour la gestion des réserves des caisses de retraite.

Dès lors, le cadre réglementaire dans lequel s'inscrit la gestion des placements des caisses de l'OAAVPL est demeuré inabouti, comme l'a récemment relevé la Cour[537].

[536] Le Conseil d'État a jugé qu'en imposant aux sections professionnelles des placements dégageant des « *liquidités sûres et garanties pour chacune des dix premières années suivant celles déficitaires dans les projections* » et en interdisant toute détention de positions ne contribuant pas à cet objectif, le pouvoir réglementaire faisait peser sur elles des contraintes manifestement excessives.
[537] Cour des comptes, *Les réserves des caisses de retraite*, Rapport public annuel, 2022.

a) Une gestion des actifs déléguée

La gestion des actifs financiers de la CNAVPL et des trois principales sections professionnelles est déléguée à des sociétés de gestion d'actifs. À l'exception de la Carmf qui dispose d'un service chargé de la gestion de portefeuille, des cabinets de conseil en investissement assistent les commissions des placements placées auprès des conseils d'administration.

Ces commissions ne sont toutefois pas en mesure de superviser toutes les décisions de placement, du fait de la technicité de la matière, du très grand nombre de prestataires extérieurs et de la multitude des opérations auxquelles ces derniers procèdent dans le cadre de leurs mandats.

b) Des patrimoines et des politiques immobilières hétérogènes

La détention par les caisses d'actifs immobiliers est limitée à 20 % du montant total des actifs admis en représentation des réserves, aux termes du décret du 25 octobre 2002. Elle concerne des patrimoines immobiliers importants dans la plupart des caisses contrôlées.

Le portefeuille immobilier des trois principales sections professionnelles était estimé à 2,04 Md€ fin 2022, dont plus de la moitié à la Carmf.

Par ailleurs, la CNAVPL et les trois sections contrôlées ont réalisé, dans des proportions importantes pour la Carpimko et la Cipav, des placements financiers dans l'immobilier sous forme de fonds ou de titres de sociétés pour un montant total de 1,17 Md€.

Tableau n° 41 : composante immobilière des réserves de la CNAVPL et des trois principales sections professionnelles en 2022

	CNAVPL	Carmf	Carpimko	Cipav
Valeur des immeubles	-	1 243 M€	65 M€	728 M€
Placements financiers dans l'immobilier	76 M€	196 M€	455 M€	445 M€

Source : Cour des comptes, données des caisses

Les sièges sociaux de la Cipav et de la Carpimko sont valorisés dans les réserves, contrairement à celui de la Carmf. La CNAVPL détient son siège social, mais pas d'immeuble de placement.

Les pratiques suivies par la CNAVPL et les trois sections contrôlées sont diverses en cas d'opération immobilière, qu'il s'agisse de l'évaluation des biens à acquérir ou à céder, de la publicité donnée à la mise en vente d'un bien, du recours à des intermédiaires pour accompagner la transaction ou des modalités du suivi de ces projets par les conseils d'administration.

La Cipav s'est placée, de ce point de vue, dans une situation singulière en décidant, en 2021, de céder sept immeubles, sans lien avec un besoin de liquidités qu'auraient pu dicter les perspectives financières des régimes sous gestion, et selon une procédure de gré à gré qui n'a pas apporté toutes les garanties nécessaires en termes d'information du conseil d'administration et de préservation des intérêts patrimoniaux de la caisse.

C - Un contrôle distant par les pouvoirs publics

L'autonomie des sections limite la portée des engagements inscrits dans les contrats pluriannuels conclus par l'État avec la CNAVPL et par celle-ci avec les sections professionnelles (1). Les pouvoirs publics, peu présents auprès des caisses de l'organisation (2), sont intervenus en réaction à des dysfonctionnements graves dans la gouvernance ou dans la gestion de sections professionnelles (3).

1 - Des contrats pluriannuels au champ et à l'ambition limités

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 a réaffirmé le rôle de chef de file de la CNAVPL au sein de l'OAAVPL. Elle a prévu la conclusion d'un contrat pluriannuel avec l'État et sa déclinaison au travers de contrats pluriannuels de gestion conclus entre la CNAVPL et chacune des sections professionnelles. En dépit de ce renforcement des prérogatives de la caisse nationale, la mise en œuvre du premier contrat pluriannuel entre la CNAVPL et l'État (2016-2019) a été jugée laborieuse et lente par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) dans le bilan qu'elle en a tiré début 2020[538].

Les dotations versées par la CNAVPL aux sections professionnelles

Les contrats pluriannuels successifs conclus entre l'État et la CNAVPL prévoient le versement par celle-ci de diverses dotations financières[539] au bénéficie des sections professionnelles, dont la plus importante est la dotation de gestion administrative.

Le montant de cette dotation annuelle, destinée à couvrir les charges de gestion administrative du régime de base, a longtemps été difficile à estimer, en l'absence de méthodologie partagée pour mesurer ces charges. Les sections délégataires ont fait valoir son niveau insuffisant. La Carmf a estimé le taux de couverture entre 79,2 % et 96,1 % durant la période 2018-2022, ce qui l'a conduite à recourir à des produits provenant du régime complémentaire.

[538] Inspection générale des affaires sociales, *Gouvernance et évaluation du contrat pluriannuel entre la CNAVPL et l'État pour la période 2016-2019*, février 2020.
[539] La dotation de gestion administrative, la dotation informatique et la dotation d'action sociale.

Pour répondre aux demandes des sections professionnelles, le montant de la dotation a été réévalué, passant de 41,2 M€ en 2020 à 54,1 M€[540] en 2021, première année du deuxième contrat pluriannuel. Cette hausse a découlé d'un changement de méthode, le montant étant désormais calculé à partir des coûts réels de gestion du régime de base constatés en 2019.

Le deuxième contrat (2021-2025) s'est inscrit dans le prolongement du premier, avec une moindre ambition sur l'objectif d'un rapprochement entre les sections professionnelles sous le contrôle de la CNAVPL. Ainsi, l'efficience de gestion ne relève plus du contrat que pour le régime de base et l'homogénéisation des services aux affiliés n'est plus identifiée parmi les axes stratégiques.

En exécution, les sections professionnelles n'ont pas progressé au même rythme sur l'ensemble des sujets couverts par le deuxième contrat, qu'il s'agisse de l'évaluation de la qualité de service, de la sécurisation des systèmes informatiques ou de la mesure de l'efficience de gestion. Alors que la mesure de la qualité du service rendu aux assurés avait été reconnue comme prioritaire dès le premier contrat pluriannuel avec l'État, les sections ne sont pas parvenues à s'accorder, près de deux ans après la signature du deuxième contrat, sur une définition commune des réclamations et sur les modalités de leur suivi[541].

De ce fait, trois indicateurs relatifs à la qualité du service rendu aux affiliés (le taux de courriels traités dans les délais, le taux de satisfaction des allocataires et le taux des réclamations traitées dans les délais), pourtant essentiels, n'étaient pas assortis d'objectifs opposables en 2022.

2 - Des sections professionnelles peu contrôlées

L'indépendance des sections professionnelles découle en large part de l'autonomie de gestion qui leur est reconnue pour les régimes dont elles ont la charge et de leur autonomie financière concernant la gestion de leurs réserves.

L'absence de représentant de l'État au sein de leurs conseils d'administration prive l'administration de tutelle d'un canal privilégié pour assurer un suivi rapproché et régulier de leur gouvernance. Les sections professionnelles nomment et rémunèrent librement leurs directeurs et directeurs comptables et financiers.

[540] Ce montant diminue ensuite de 1,5 % par an, conformément aux dispositions de l'article 14 de la loi de programmation des finances publiques du 22 janvier 2018 relatif au taux de réduction des frais de gestion administrative demandé aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale.
[541] La Carmf ne pilote le suivi des réclamations que depuis 2023.

Parce que les sections professionnelles exercent une mission de service public, il conviendrait de nommer un commissaire du Gouvernement au sein de chaque conseil d'administration, comme c'est déjà le cas à la CNAVPL, et d'aligner les conditions de nomination du directeur de chaque section sur celles retenues pour le directeur de la CNAVPL.

La rémunération des directeurs des sections professionnelles devrait, comme c'est déjà le cas pour la caisse nationale, être soumise à l'accord de l'administration de tutelle et le montant cumulé des trois plus hautes rémunérations mériterait de figurer dans les états financiers. Cela permettrait d'éviter des niveaux de rémunération anormalement élevés, notamment à la Carmf où la rémunération du directeur général atteint le double de celle du directeur général de la CNAVPL.

Le contrôle de légalité exercé sur les délibérations de ces conseils d'administration[542] par la mission nationale de contrôle rattachée au directeur de la sécurité sociale a pu apparaître distant en certaines occasions. Il en va ainsi de la création, en août 2018, de l'association *Pro Action retraite* par plusieurs sections professionnelles pour conduire des actions d'influence auprès des pouvoirs publics[543], objet qui n'entrait pas dans leurs missions.

En parallèle et comme souligné précédemment, la CNAVPL, la Carpimko et la Cipav ont passé depuis 2018 des marchés pour des prestations de *lobbying*, dans un contexte marqué par la préparation de réformes des retraites. Au total, les limites du contrôle des sections professionnelles par la tutelle et par la CNAVPL laissent à celles-ci des marges d'initiative et d'action importantes, qui n'ont pas toujours été utilisées à bon escient.

3 - Des interventions de la tutelle dictées par l'urgence

La Cipav a subi une grave crise de gouvernance en 2020 dans un contexte de qualité de service médiocre, de climat social interne dégradé et de conflit ouvert avec la CNAVPL.

Après le refus du conseil d'administration de démettre le directeur de ses fonctions, la ministre chargée du travail a décidé de suspendre le conseil d'administration par un arrêté du 20 août 2020 et de nommer un administrateur

[542] Les délibérations peuvent être annulées lorsqu'elles sont contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse (article L. 152-1 du code de la sécurité sociale).
[543] Selon l'Igas, l'objet de cette association ne permettait pas d'en financer le fonctionnement par des fonds provenant de la gestion d'un régime de retraite. Cf. Igas, *Gouvernance et évaluation du contrat pluriannuel CNAVPL-État 2016-2019*, Tome 1, février 2020.

provisoire, chargé d'engager un programme de réformes. À la suite de la démission du directeur de la Cipav, son successeur a pris ses fonctions le 5 octobre 2020 et un nouveau conseil d'administration a été installé en janvier 2021, qui a confirmé le nouveau directeur dans ses fonctions.

Toutefois, la Cour de cassation a récemment annulé l'élection des membres du nouveau conseil d'administration de la Cipav[544], ce qui a conduit à la nomination, par arrêté ministériel du 4 décembre 2023, d'un nouvel administrateur provisoire, pour la deuxième fois en quatre ans.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles, l'administration de tutelle est parfois perçue par les sections professionnelles comme insuffisamment réactive. La réforme des modalités de régularisation de la cotisation de retraite complémentaire, votée par le conseil d'administration de la Cipav en octobre 2018, n'est ainsi entrée en vigueur qu'en mars 2021, faute de publication au Journal officiel de l'arrêté d'approbation.

L'alignement des modalités de versement des indemnités journalières du régime d'invalidité-décès sur celles du régime de retraite de base, décidé en juillet 2021, n'est toujours pas applicable en l'absence d'un tel arrêté d'approbation.

II - Une performance de gestion inégale, une organisation à faire évoluer

En l'absence de cadre commun de gestion, des disparités importantes s'observent dans les coûts de gestion et la performance des placements financiers (A). Les économies d'échelle que devrait permettre, pour des caisses de petite taille, l'appartenance à une organisation commune ne sont pas recherchées (B). Une évolution de l'OAAVPL est nécessaire (C).

A - Des coûts de gestion mal connus et disparates

L'indépendance des sections professionnelles explique la diversité de leurs situations respectives, la singularité des trajectoires suivies par chacune des trois principales d'entre elles et le caractère hétérogène de leurs performances de gestion administrative et financière.

[544] Arrêt du 12 octobre 2023, deuxième chambre civile, Cour de cassation.

1 - Des trajectoires de progrès contrastées

L'autonomie de gestion reconnue aux sections professionnelles ne les exonère pas de l'exigence d'efficience et de transparence qui s'impose aux organismes de sécurité sociale chargés d'une mission de service public.

Les trois principales ont suivi des trajectoires très différentes pour améliorer leur performance de gestion.

La nouvelle direction de la Cipav a engagé en 2020 le redressement d'une caisse qui avait connu de graves dysfonctionnements internes pendant près de dix ans. Elle a fait aboutir en peu de temps deux réformes majeures, de portée structurelle :

- le transfert de son activité de recouvrement au régime général qui a nécessité un travail préalable de fiabilisation des données concernant les assurés, conduit avec les équipes de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui chapeaute les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) ;
- le déploiement d'un nouvel outil métier (*Tosca*) améliorant le calcul des droits et la qualité de liquidation des pensions, ainsi que l'interfaçage de cet outil avec le répertoire de gestion des carrières uniques (RGCU), en février 2023[545].

La Carpimko a poursuivi, depuis 2018, un programme de réformes interne visant à restructurer, fiabiliser et moderniser son organisation et son fonctionnement afin d'améliorer la gestion et le service rendu aux assurés. Ses indicateurs de production et la plupart de ceux relatifs à la relation avec les assurés sont en phase avec les objectifs du contrat pluriannuel de gestion conclu avec la CNAVPL.

À la Carmf, la bonne tenue de la gestion financière et la qualité de la liquidation des retraites s'accompagnent d'un retard important pris dans la modernisation des outils et l'évolution de l'organisation. Un effectif important pallie ces insuffisances. Dans l'attente de l'aboutissement du chantier de modernisation visant la gouvernance, lancé en 2021, et de celui relatif aux applications informatiques, lancé récemment en 2023, la Carmf reste exposée pour plusieurs années à des risques opérationnels élevés du fait d'un système d'information vieillissant et excessivement coûteux.

[545] Créé par la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraite et étendu dans son champ en 2014, ce répertoire doit constituer, d'ici 2028, la base de données unique des carrières des assurés de tous les régimes obligatoires de retraite.

2 - Des écarts importants de coût de gestion et de performance financière

a) Des différences sensibles entre les coûts de gestion des régimes

Les sections professionnelles ne sont pas parvenues à stabiliser une méthodologie commune de mesure de leurs coûts de gestion, objectif pourtant fixé dans le premier contrat pluriannuel en 2016[546]. De ce fait, la répartition de la dotation annuelle couvrant les charges de gestion du régime de base a suscité de fortes tensions.

L'organisation a dû revoir cette répartition à la suite du transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement de la Cipav. Un audit de conformité, prévu en 2025, devrait permettre de valider une méthode de calcul. Dans cette attente, des travaux menés par la CNAVPL pour l'année 2021[547] conduisent à de premiers résultats.

Tableau n° 42 : principaux indicateurs relatifs aux coûts de gestion du régime de base en 2021

Frais de gestion multi-activités	Carmf	Carpimko	Cipav	Moyenne OAAVPL
Par ETP affecté au régime de base, en €*	129 432	119 875	156 141	149 189
Par dossier géré, en €	42,37	33,89	32,80	75,11
*En % des flux financiers***	0,83 %	0,93 %	2,16 %	1,72 %

** Indicateur correspondant à celui suivi par les tutelles dans le cadre du parangonnage de l'activité des organismes de sécurité sociale (CG 102 - frais de gestion par ETP).*
*** Coûts de gestion divisés par la somme des cotisations recouvrées et des prestations versées, hors activité spécifique de la Carmf liée à la prise en charge d'une partie des cotisations des professionnels de santé relevant du secteur 1, pour le compte des CPAM.*
Source : données CNAVPL

Il importe d'assurer la comparabilité des coûts de gestion parmi les sections professionnelles et avec les autres organismes de sécurité sociale. Une participation à l'exercice de parangonnage piloté par la direction de la sécurité sociale irait en ce sens en permettant, en particulier, d'objectiver les écarts de coûts en matière de recouvrement des cotisations. Les données

[546] *Finaliser une méthodologie consensuelle et opposable de détermination du coût analytique de la gestion du régime de base*, fiche 4 du contrat pluriannuel CNAVPL-État 2016-2019.
[547] Des données plus récentes n'étaient pas disponibles.

disponibles montrent que le coût du recouvrement des Urssaf, qui porte toutefois sur un champ plus large (travailleurs indépendants et employeurs de salariés) que ceux de la Carmf et de la Carpimko, est deux fois moins élevé.

Tableau n° 43 : comparaison des coûts de recouvrement (2021)

	Carmf	Carpimko	Urssaf
Coût pour 100 € recouvrés	0,67[548] €	0,76 €	0,35 €

Sources : Cour des comptes, données de la Carmf, de la Carpimko et du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2023 annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Outre un coût de recouvrement moins élevé, les Urssaf affichent un taux de recouvrement des cotisations dues par les professionnels libéraux au titre des risques maladie et famille supérieur à celui qu'enregistrent les sections professionnelles pour les cotisations de retraite (cf. C.1 *infra*).

b) Des performances diverses en matière de gestion financière

Afin d'évaluer les résultats des gestions directe et indirecte de la CNAVPL et des trois sections contrôlées, la Cour a rapproché d'une part leurs performances financières, mesurées par le taux de rendement interne de 2018 à 2022 de l'allocation d'actifs investis en 2018, hors désinvestissement au cours de la période justifié par des besoins de financement, d'autre part les frais[549] liés à leur gestion financière.

[548] En intégrant les montants pris en charge par la Carmf au titre de son activité spécifique liée à la prise en charge d'une partie des cotisations des professionnels de santé relevant du secteur 1, la caisse estime que le coût unitaire pour 100 € recouvrés serait de 0,52 € en 2021.

[549] Frais fixes ou variables précomptés par les gestionnaires d'actifs qui dépendent de différentes caractéristiques, notamment de la classe d'actifs, du type de gestion, avec intervention de la société de gestion ou à partir d'algorithmes mathématiques, etc.

Tableau n° 44 : comparaison de la performance de quatre portefeuilles de placement (2018-2022)

Caisse		2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne
CNAVPL	Rendement**	- 4,53 %	2,30 %	5,36 %	11,36 %	- 0,80 %	2,60 %
	Frais de gestion*	0,72 %	0,79 %	0,89 %	1,04 %	nd	0,86 %
Carmf	Rendement	- 6,98 %	12,40 %	6,74 %	12,42 %	- 11,45 %	2,13 %
	Frais de gestion	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Carpimko	Rendement	0,11 %	14,3 %	1,68 %	11,56 %	- 8,26 %	3,55 %
	Frais de gestion	0,47 %	0,33 %	0,37 %	0,28 %	0,37 %	0,36 %
Cipav	Rendement	- 2 %	12 %	3,70 %	11,60 %	- 9,20 %	2,90 %
	Frais de gestion	0,57 %	0,43 %	0,41 %	0,52 %	0,55 %	0,50 %

** Frais de gestion exprimés en pourcentage de la valeur de marché du portefeuille au 31 décembre.*
*** Rendement annuel des fonds investis et rendement annuel moyen (dernière colonne) des fonds investis. La performance de gestion du portefeuille de valeurs mobilières durant la période a été calculée hors nouveaux produits de placement investis durant la période.*
Source : Cour des comptes à partir des données de la CNAVPL, de la Carmf, de la Carpimko et de la Cipav

Le rendement annuel moyen des fonds investis est positif durant la période, malgré des performances financières négatives ou faibles en 2018 et en 2022. La performance moyenne des portefeuilles[550], plus élevée à la Carpimko et à la Cipav qu'à la CNAVPL, repose sur un plus fort niveau de risque. Surtout, les frais de gestion de la CNAVPL sont proportionnellement plus importants qu'à la Cipav et à la Carpimko.

La Carmf ne dispose pas du montant des frais de gestion précomptés par les gestionnaires d'actifs durant la période 2018-2022, ce qui prive son conseil d'administration de cette information.

La caisse nationale ne s'est pas imposée comme le lieu d'une mutualisation des bonnes pratiques, alors que siègent au sein de sa commission des placements des présidents de sections professionnelles[551]

[550] Sous réserve de la comparabilité des méthodes de calcul appliquées par les caisses ou par les sociétés de conseil qui les accompagnent. La Carmf a, ainsi, réalisé des désinvestissements significatifs (1,2 Md€) pour financer les déficits techniques.
[551] En 2022, figuraient, parmi les membres de la commission des placements et du conseil d'administration, les présidents de la Carpimko, de la Cavec et de la CARPV.

appelés à prendre, pour le compte de leurs caisses respectives, des décisions de même nature.

Des échanges ont eu lieu au sein de l'OAAVPL au sujet du recours aux réserves pour soutenir l'activité de certains professionnels libéraux afin de limiter les effets de la crise sanitaire récente, mais la gestion des réserves apparaît comme un angle mort du contrat pluriannuel conclu avec l'État pour la période 2021-2025.

Il conviendrait que la CNAVPL mette en place une concertation régulière entre les gestionnaires des réserves des différentes sections professionnelles, permettant d'échanger sur la conjoncture, les analyses et les recommandations des sociétés de conseil et de partager les expériences et les bonnes pratiques. Des projets de mutualisation mériteraient d'être examinés dans ce cadre.

B - Des gisements d'efficience inexploités

L'autonomie accordées aux sections professionnelles a permis le maintien de politiques salariales plus favorables que dans les organismes du régime général et conduit à la fixation d'objectifs parfois peu ambitieux (1). Les mutualisations porteuses d'économies sont encore rares (2) et la participation aux projets de l'inter-régimes reste limitée.

1 - Des caisses soumises à des contraintes externes limitées

a) Une gestion des personnels hors du cadre général

Du fait de l'autonomie dont bénéficient les sections professionnelles, des écarts continuent à être observés avec les règles et les pratiques en vigueur dans les organismes du régime général, qu'il s'agisse des modalités de nomination et des rémunérations des dirigeants ou des modalités de remboursement des frais des administrateurs.

Les niveaux et l'évolution des dépenses de personnel par équivalent temps plein (ETP) ont été contrastés durant la période 2018-2022. Le coût par ETP (rémunération annuelle brute et charges sociales) a progressé régulièrement à la Cipav et à la Carmf, alors qu'il a diminué à la Carpimko.

À la Carmf, il était supérieur de 35 % à la Carpimko et de 28 % à la Cipav en 2022. La Carmf se distingue, en effet, par un nombre plus important d'ETP dans certaines fonctions (notamment économat et gestion des dossiers des affiliés) et par des rémunérations en moyenne plus élevées.

Graphique n° 42 : évolution du coût en euros par ETP (2018-2022)

Source : Cour des comptes à partir des données des sections

Le coût par ETP plus élevé encore à la CNAVPL (supérieur de 28 % à celui de la Carmf en 2022) s'explique par la part prépondérante des cadres dans l'effectif de la caisse nationale, qui n'assure aucune activité au contact des affiliés.

Par ailleurs, le poids relatif des charges de personnel dans les dépenses de gestion administrative diffère fortement entre les caisses contrôlées, la Carmf affichant le taux le plus élevé. Le recours à des prestataires extérieurs et le niveau des salaires sont deux variables pouvant expliquer de tels écarts.

Graphique n° 43 : part des dépenses de personnel dans le total des charges de gestion administrative (2022)

[1] La part des dépenses de personnel de la Carpimko est de 60% et non de 47 %, hors charges de gestion administrative exceptionnelles.
Note de lecture : à la Carmf, la part des dépenses de personnel dans le total des charges de gestion administrative s'établit à 67 %.
Source : Cour des comptes à partir des données des caisses.

Les dirigeants et les personnels des sections professionnelles sont, en moyenne, mieux rémunérés que leurs homologues du régime général, dans des proportions qui varient selon les caisses et la catégorie professionnelle.

L'écart de rémunération moyenne toutes catégories confondues était en 2022 de 20 % par rapport au régime général, allant de 15,5 % pour la Cipav à 36 % pour la Carmf. Pour la CNAVPL, les comparaisons doivent tenir compte du fait que neuf salariés sur dix sont des cadres.

L'adhésion des sections professionnelles aux conventions collectives applicables aux personnels des organismes du régime général de la sécurité sociale supposerait de modifier les textes en vigueur.

Dans cette attente et afin de réaliser des économies de gestion et de faciliter la mobilité des personnels entre régimes, il conviendrait que les sections professionnelles, organismes de sécurité sociale chargés d'une mission de service public, fassent évoluer leurs politiques en matière de gestion des ressources humaines (grille des qualifications, des rémunérations, valeur du point, mobilité des personnels, par exemple) pour les rapprocher de celle en vigueur dans le régime général, comme la Cipav a commencé de le faire depuis 2021.

b) Des objectifs de qualité de service et de performance de gestion moins ambitieux que pour le régime général

Parmi les indicateurs mesurant la performance de gestion et la qualité de service que comprend le deuxième contrat pluriannuel, cinq, mentionnés en haut du tableau ci-dessous, sont alignés sur les indicateurs qui avaient cours pour l'assurance vieillesse ou l'activité de recouvrement. Le niveau des autres objectifs demeure, souvent, en-deçà de ce qui est demandé aux caisses d'assurance retraite du régime général (Carsat).

Tableau n° 45 : objectifs fixés aux sections professionnelles et aux Carsat (2022)

Indicateur	Sections professionnelles	Carsat
Liquidation droits propres dans les délais	92 %	80 %
Liquidation droits dérivés dans les délais	70,5 %	55 %
Taux d'encaissement	90,2 %	*
Suivi des demandes de retraite / réversion	non fixé	65 % / 38 %
Qualité des dossiers validés	93 %	88,5 %
Taux d'incidence financière	0,55 %	1,05 %
Taux de réclamations traitées dans les délais	non fixé	81 %
Suivi des réponses aux appels téléphoniques	82 %	87 %
Taux de courriels traités dans les délais	82 %	86 %
Taux de satisfaction	80 %	90 %

** Depuis la COG 2014-2017, l'indicateur portant sur le taux d'encaissement n'est plus assorti d'un objectif pour les organismes chargés du recouvrement (Urssaf), mais d'un suivi.*
Source : Cour des comptes à partir des données des sections professionnelles et de l'assurance retraite

Il conviendra de préparer et d'inscrire dans les prochains contrats pluriannuels des caisses de retraite des professions libérales, la convergence des objectifs avec ceux du régime général.

2 - Une entrée à pas comptés dans les mutualisations

L'organisation commune n'a pas permis de trouver, dans le partage de bonnes pratiques et dans les mutualisations, des sources d'économies et d'efficience. Comme relevé plus haut, l'expérience du *Groupe Berri* s'est soldée par un échec.

Le deuxième contrat pluriannuel (2021-2025) conclu par la CNAVPL avec l'État a prévu le développement des mutualisations au sein de l'OAAVPL, car la juxtaposition de structures de petite taille conduit à des coûts de gestion élevés. Alors que le premier contrat l'y encourageait, la CNAVPL n'avait pu élaborer avec les sections professionnelles de schémas directeurs communs ni de mutualisations en matière informatique. La gestion des ressources humaines, celle de l'immobilier ou celle des réserves demeuraient cloisonnées.

La CNAVPL a cependant joué un rôle déterminant pour mettre en place un outil, appelé concentrateur, par lequel transitent les flux d'informations liées à l'activité des sections professionnelles en provenance, ou à destination de l'Insee, de l'administration fiscale et de la Cnav, avant d'être répartis entre les sections ou, inversement, entre les organismes partenaires.

Ce développement doit faciliter les échanges avec l'administration fiscale pour le calcul de l'assiette des cotisations et préparer le rattachement des systèmes d'information des sections au répertoire de gestion des carrières unique (RGCU). Hormis la Cipav qui a déjà rattaché son système d'information à ce répertoire et fermé sa propre base carrières, il est prévu que les sections professionnelles, préoccupées à l'idée de se départir des données relatives aux carrières de leurs affiliés, ne procèdent à ce rattachement qu'en 2028, soit trois ans après le terme des contrats pluriannuels en vigueur. Il est souhaitable que les sections qui y seraient favorables puissent anticiper cette échéance.

Par ailleurs, pour participer à l'exercice de parangonnage des coûts de gestion piloté par la direction de la sécurité sociale, les caisses devront achever le chantier ouvert en 2016 visant à partager au sein de l'OAAVPL des outils communs d'analyse et de comparaison des coûts de gestion pour

le régime de base[552]. Ce chantier méritera d'être étendu aux régimes complémentaires.

C - Une organisation commune à faire évoluer par étapes

La mission de service public confiée aux sections professionnelles, le caractère obligatoire des régimes de retraite et de prévoyance dont elles assurent la gestion et leur statut d'organismes de sécurité sociale emportent une exigence d'efficience et d'exemplarité dans la gestion des régimes et de transparence à l'égard des pouvoirs publics à laquelle l'organisation commune n'a pas toujours su répondre.

Le cloisonnement qui caractérise le fonctionnement de l'OAAVPL a empêché les caisses qui en sont membres de trouver dans les mutualisations des sources d'économies et d'efficience. L'OAAVPL, aujourd'hui juxtaposition d'entités indépendantes sans chef de file effectif, doit évoluer pour trouver une cohérence et une capacité de mouvement.

1 - Une généralisation du transfert du recouvrement aux Urssaf

Une première orientation conduirait à généraliser le transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement, dans le double but de permettre un recentrage de l'activité des sections professionnelles sur le service rendu à leurs assurés et de dégager des économies de gestion. Cette évolution serait facilitée par le rapprochement du mode de collecte des cotisations avec les pratiques des Urssaf, qui nécessiterait le passage à des cotisations proportionnelles aux revenus et une harmonisation des dates d'exigibilité.

L'estimation des économies de gestion pourrait être réalisée à partir de données plus homogènes, ce qui favoriserait, par ailleurs, l'examen des frais de gestion facturés aux sections professionnelles.

[552] « *Finaliser une méthodologie consensuelle et opposable de détermination du coût analytique de la gestion du régime de base* ». Contrat pluriannuel CNAVPL-État 2016-2019. Axe 2, Fiche 4.

Des marges d'économies et une amélioration du taux de recouvrement liées au transfert du recouvrement des cotisations aux Urssaf

Les charges de gestion de la Cipav au titre du recouvrement ont été divisées par deux à la suite du transfert de cette activité aux Urssaf au 1er janvier 2023, entraînant une économie de 13 M€. Une diminution des montants restant à recouvrer a par ailleurs permis de réduire les honoraires des commissaires de justice et les frais d'actes liés au recouvrement forcé, qui ont pu atteindre 3 M€ par an.

Selon un rapport parlementaire récent[553], le taux de recouvrement moyen des cotisations dues au titre de 2021 était de 97,3 % pour les neuf autres sections professionnelles, dont 93,4 % à la Carpimko et 98,2 % à la Carmf en 2021. Par comparaison avec le taux de recouvrement par l'Urssaf des cotisations dues par les professionnels libéraux au titre des risques maladie et famille (98,7 % en 2021), la Cour évalue à au moins 100 M€ par an l'augmentation des montants recouvrés pour la Carmf et pour la Carpimko en cas de transfert de leur activité de recouvrement aux Urssaf.

La réduction des coûts de gestion qui en résulterait permettrait aux sections professionnelles de déployer de nouvelles offres de service, en se recentrant sur la qualité de service proposé aux affiliés, comme ont pu le faire la Cipav et d'autres organismes de sécurité sociale qui ont transféré leur activité de recouvrement aux Urssaf[554].

Compte tenu de la place que tient la collecte des cotisations dans l'activité des caisses de retraite des professions libérales, un transfert du recouvrement aux Urssaf devrait conduire, comme la Cour l'a souligné dans un rapport récent sur la protection sociale des travailleurs indépendants[555], à rationaliser l'organisation des sections professionnelles, qui n'ont souvent pas une taille critique.

[553] Rapport d'information n° 725 (2021-2022) déposé le 21 juin 2022 par M. René-Paul Savary et Mme Cathy Apourceau-Poly, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, Commission des affaires sociales du Sénat.
[554] En 2022, le réseau des Urssaf a recouvré 128,8 Md€ de cotisations pour le compte de plus de 900 attributaires relevant de la sécurité sociale – autres régimes de sécurité sociale, Fonds de solidarité vieillesse, Caisse d'amortissement de la dette sociale – ou hors de ce champ – Unédic, État et autorités organisatrices de la mobilité, notamment.
[555] Cour des comptes, *La protection sociale des travailleurs indépendants à la suite de la suppression du RSI : des objectifs globalement atteints, de nouvelles évolutions à envisager*, Ralfss 2022, chapitre X.

Ce constat est à relier au nombre limité des affiliés à l'assurance vieillesse des professions libérales par comparaison avec les autres régimes de retraite (cf. graphique ci-dessous), qui justifierait la mise à l'étude de fusions entre sections professionnelles, pouvant aller jusqu'à une recomposition autour d'une caisse unique.

Graphique n° 44 : place des régimes de retraite des professions libérales (nombre de retraités de droit direct et de droit dérivé en millions, 2020)

Source : Drees, Les retraités et les retraites, édition 2022.

2 - Un élargissement des prérogatives de la CNAVPL

Un deuxième chantier législatif et réglementaire conduirait à étendre les prérogatives de la CNAVPL aux régimes complémentaires et d'invalidité-décès, dont elle délèguerait la gestion aux sections professionnelles dans des conditions comparables à celles aujourd'hui mises en œuvre pour le régime de base.

Les missions d'animation, de coordination, de pilotage et de contrôle qui sont aujourd'hui confiées à la CNAVPL pourraient être élargies à l'ensemble du champ d'activité des sections professionnelles. Cela mettrait fin au fonctionnement cloisonné qui caractérise l'OAAVPL et faciliterait les mutualisations au sein de l'OAAVPL, tout en garantissant à chaque section professionnelle la maîtrise de ses propres réserves au titre des régimes complémentaire et de prévoyance.

Cette évolution redonnerait de la cohérence au contrat pluriannuel conclu par la CNAVPL avec l'État, tout à la fois transverse dans plusieurs de ses axes stratégiques et restreint au régime de base pour ce qui est des indicateurs et des objectifs de performance. En outre, la délégation générale

de gestion accordée aux sections pourrait être liée, au-delà de la signature du contrat de gestion avec la CNAVPL, au respect d'engagements relatifs, en particulier, aux mutualisations.

Ce schéma supposerait de redéfinir les relations entre la caisse nationale et les sections professionnelles, afin que la CNAVPL joue un rôle de caisse tête de réseau - comparable à celui de la Cnav à l'égard du réseau des Carsat, par exemple -, les sections professionnelles mettant en œuvre les orientations arrêtées par la caisse nationale.

Ceci exigerait, en particulier, de reconsidérer la composition du conseil d'administration de la CNAVPL et la répartition des voix en son sein, afin qu'il ne procède plus majoritairement des sections professionnelles. Plusieurs sièges pourraient être réservés à des personnalités qualifiées, tandis que les fédérations et syndicats professionnels se verraient accorder le même nombre de sièges et de voix que les représentants des sections professionnelles.

Le mode de désignation des administrateurs devrait être réexaminé dans ce cadre. Constatant la baisse continue et le faible niveau du taux de participation aux élections professionnelles, ainsi que le coût de leur organisation par les dix sections, l'inspection générale des affaires sociales (Igas)[556] évoquait, dans un rapport de 2020, l'abandon de ce dispositif au profit d'une nomination des administrateurs de la CNAVPL selon des modalités proches de celles retenues pour les caisses et organismes du régime général.

3 - Une évolution vers un conseil de la protection sociale des professions libérales

Dans son rapport précité[557] consacré aux travailleurs indépendants, la Cour relevait que la réforme de leur protection sociale en janvier 2019 n'avait pas empêché le maintien de régimes spécifiques à ces assurés (retraite complémentaire et invalidité-décès), une gestion *ad hoc* des réserves financières de ces régimes[558] et la mise en place d'une

[556] Rapport relatif à la mise en œuvre du contrat 2016-2019 entre la CNAVPL et l'État. – 2020.
[557] Cour des comptes, *La protection sociale des travailleurs indépendants à la suite de la suppression du RSI »*, Ralfss 2022, chapitre X.
[558] 15,9 Md€ confiés en gestion à l'Acoss fin 2022, soit la moitié des réserves gérées par les onze caisses de l'OAAVPL.

gouvernance propre, sous la forme d'un conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI)[559].

S'inspirant de ce schéma, le projet de loi de 2020 instituant un système universel de retraite prévoyait (article 51) la création par ordonnance d'un conseil de la protection sociale des professionnels libéraux chargé de piloter les régimes de retraite complémentaire et d'invalidité-décès et l'action sociale des professionnels libéraux. Ce conseil aurait délégué aux sections professionnelles la gestion de ces régimes.

Le conseil d'administration de la CNAVPL ne s'était pas opposé[560] au principe de la mise en place d'un tel conseil dans le cadre du système universel de retraite, tout en relevant alors que des incertitudes demeuraient sur plusieurs points touchant aux spécificités des professionnels libéraux.

La présence, depuis l'origine, de deux membres désignés par la chambre nationale des professions libérales parmi les membres de l'assemblée générale du CPSTI conduirait à s'interroger, dans ce scénario de moyen terme, sur la nécessité de créer un nouveau conseil de la protection sociale spécifique aux professions libérales. Quoi qu'il en soit, la gestion des réserves de l'OAAVPL demeurerait sous la responsabilité directe des représentants des professions libérales.

[559] Le CPSTI est chargé de veiller à la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants par les organismes du régime général auxquels est déléguée la gestion des régimes, d'arrêter les orientations générales en matière d'action sociale, de piloter le régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire, le régime d'invalidité-décès et la gestion des réserves de ces régimes.

[560] Délibération prise lors de sa session du 16 janvier 2020.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'autonomie de gestion et l'autonomie financière reconnues à l'OAAVPL l'ont maintenue hors des règles communes aux organismes de sécurité sociale. La mission de service public qui lui est confiée, le caractère obligatoire des régimes dont les sections professionnelles assurent la gestion et leur statut d'organismes de sécurité sociale emportent une exigence d'efficience et d'exemplarité dans la gestion des régimes et de transparence à l'égard des pouvoirs publics à laquelle elles n'ont pas pleinement répondu.

La CNAVPL ne dispose que d'une capacité d'initiative et d'un pouvoir de contrôle limités et l'exercice de la tutelle reste distant, en l'absence de commissaire du Gouvernement dans les conseils d'administration des dix sections professionnelles. La conclusion de contrats pluriannuels à partir de 2016 marque, certes, un progrès, mais les indicateurs concernant le régime de base et le niveau d'ambition des objectifs sont souvent inférieurs à ceux inscrits dans les conventions pluriannuelles d'autres organismes de sécurité sociale.

Le fort attachement des sections à leur indépendance a pu retarder les efforts de modernisation des outils, les mutualisations et la recherche d'efficience dans la gestion, au détriment du service rendu aux assurés. Le transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement de la Cipav et son raccordement au répertoire de gestion des carrières unique ont été perçus comme une atteinte à l'autonomie de l'organisation, alors qu'ils sont porteurs d'économies et permettent un recentrage de l'activité sur le service aux assurés.

Enfin, la gestion des réserves de l'OAAVPL demeure hétérogène, insuffisamment contrôlée, s'agissant, notamment, des relations avec les sociétés de conseil et les intermédiaires sollicités pour les placements financiers et les opérations immobilières, et d'un rendement financier parfois limité.

L'ensemble de ces constats souligne la nécessité d'une évolution profonde de l'OAAVPL, pour laquelle la Cour identifie des pistes conduisant à un rapprochement par étapes avec le régime général. Elle formule, en outre, les cinq recommandations de gestion suivantes :

42. *pour renforcer le contrôle de l'État sur la gestion de régimes obligatoires de retraite :*

- *nommer un commissaire du Gouvernement dans chacun des conseils d'administration des sections professionnelles ;*

- *aligner les conditions de nomination de leurs directeurs sur celles retenues pour la CNAVPL ;*
- *prévoir une validation par la tutelle du montant de la rémunération des directeurs ainsi que la communication annuelle du montant des trois plus hautes rémunérations de chacune des sections professionnelles (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*

43. *mettre en œuvre sans délai au sein de l'OAAVPL un dispositif commun de mesure des coûts et de la performance de gestion et associer l'OAAVPL à l'exercice de parangonnage sur les coûts de gestion dans les organismes de sécurité sociale piloté par la direction de la sécurité sociale (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique , CNAVPL) ;*

44. *modifier les dispositions du code de la sécurité sociale pour permettre le rattachement des sections professionnelles et de la CNAVPL aux conventions collectives applicables aux personnels des organismes du régime général de la sécurité sociale (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*

45. *actualiser le cadre réglementaire de la gestion des réserves des caisses de retraite, en mettant à jour le décret n° 2017-887 du 9 mai 2017 et en fixant des règles prudentielles de gestion des réserves par régime, à l'instar de ce qui existe pour le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique);*

Chapitre XIII

Les aides aux familles nombreuses : des dépenses stabilisées, une cohérence à améliorer

PRÉSENTATION

En France, sont considérées comme nombreuses les familles qui comptent trois enfants et plus. Ces familles, qui accueillent près d'un tiers des enfants, ne sont pas identifiées par les administrations comme un objet à part entière de politique publique. L'article L. 112-2 du code de l'action sociale et des familles énumère les différents outils de soutien aux familles en général, sans établir de distinction en fonction du nombre d'enfants. Les objectifs de la politique familiale présentés dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale n'en font pas mention explicite.

La situation particulière de ces familles a cependant conduit à adapter en leur faveur certains dispositifs généraux. Ainsi, les prestations familiales et le quotient familial pour le calcul de l'impôt sur le revenu sont majorés à partir du troisième enfant. Les familles nombreuses bénéficient, par ailleurs, d'avantages en matière d'accès aux services sociaux ou de retraite, et dans la mise en œuvre de la fiscalité environnementale.

Afin de maîtriser la dépense publique tout en préservant l'aide apportée aux familles les plus modestes, les dispositifs appliqués aux familles nombreuses ont connu des évolutions dans la dernière décennie, dont la Cour a souhaité prendre la mesure et évaluer les effets.

Les familles nombreuses bénéficient d'aides publiques importantes et diverses (I) mais ont été plus affectées que les autres par les mesures de maîtrise des dépenses sociales et fiscales décidées entre 2011 et 2021, de manière toutefois différenciée selon leurs revenus (II). En dépit d'une concentration croissante des aides sur les familles les plus modestes, ces dernières restent exposées à des risques de fragilité financière et sociale, dont certains se sont accentués (III).

Portrait statistique des familles nombreuses

Le nombre de familles nombreuses, c'est-à-dire de foyers où vivent au moins trois enfants, est estimé entre 1,22 million et 1,47 million en France selon la définition retenue[561], dont environ 300 000 familles de quatre enfants ou plus.

Les familles nombreuses représentent une famille sur six, proportion stable depuis les années 2000. Elles accueillent 30 % des enfants et jeunes de moins de 25 ans (5,68 millions). 81 % des enfants vivent avec un couple de deux adultes et 19 % avec un seul parent. Les fichiers fiscaux mettent en évidence une baisse d'environ 100 000 du nombre de foyers avec trois enfants ou plus, entre 2010 et 2020, soit un tiers de la baisse totale du nombre de foyers avec enfants.

Selon le Haut conseil de la famille, de l'enfant et de l'âge, les familles recomposées (un couple d'adultes vivant avec au moins un enfant issu d'une union antérieure) sont plus susceptibles d'être nombreuses : 38 % des familles recomposées sont nombreuses en 2020, contre 21 % des familles traditionnelles et 17 % des familles monoparentales.

Les familles dont la personne de référence est née à l'étranger sont plus fréquemment nombreuses que la moyenne (36 % contre 20 %).

La part des familles nombreuses est plus élevée en Guyane (37 % des familles), dans les Hauts-de-France (21 %), en Île-de-France (21 %) et dans les Pays-de-la-Loire (19 %).

La Cour évalue à 30 Md€ les dépenses publiques en faveur des familles nombreuses, dont l'essentiel est constitué des prestations familiales (11,7 Md€), de la majoration de pension de retraite réservée aux parents de trois enfants ou plus (10 Md€), du quotient familial pour le calcul de l'impôt sur le revenu (2,65 Md€) et des allocations logement (2,3 Md).

[561] Selon l'Insee, une famille est considérée comme nombreuse dès lors qu'au moins trois enfants, dont au moins un mineur, vivent au sein d'un ménage. Pour la branche famille de la sécurité sociale, les familles nombreuses concernent les personnes vivant seules ou en couple et assumant la charge de trois enfants et plus âgés de moins de 20 ans. Pour l'administration fiscale, la notion d'enfant à charge, sur option jusqu'à 25 ans, est déterminante pour le calcul du quotient familial. Ces nuances de définition, tenant notamment à l'âge des enfants pris en compte, expliquent les différentes estimations du nombre de familles nombreuses.

I - Un soutien important apporté aux familles nombreuses par plusieurs dispositifs sociaux et fiscaux

La question du juste niveau de compensation des coûts de l'enfant renvoie à celle des dépenses supplémentaires qu'il entraîne, en prenant en compte son rang dans la fratrie. La majorité des études conclut qu'il n'y a pas de discontinuité des coûts à l'arrivée d'un troisième enfant et que les coûts augmentent avec l'âge des enfants.

Ces études statistiques ne prennent toutefois pas en compte les coûts indirects liés à l'enfant, constitués des pertes de revenu et d'occasions d'évolution professionnelle manquées (promotion, mobilité, primes), qui peuvent affecter les parents ayant choisi de libérer le temps nécessaire pour s'occuper de leurs enfants. Ces coûts indirects sont plus importants à partir du troisième enfant. Les mères en supportent la plus grande partie, puisqu'elles sont plus nombreuses que les pères à cesser ou à réduire leur activité.

Le système social et fiscal français tente de compenser ces désavantages par une combinaison de prestations sociales majorées, de réductions d'impôts et de droits sociaux additionnels à partir du troisième enfant.

A - Les prestations familiales, principal vecteur de l'aide aux familles nombreuses

Les règles des allocations familiales et des allocations logement avantagent les familles nombreuses. Deux prestations leur sont aussi réservées.

1 - Une majoration des barèmes et des montants des allocations familiales à partir du troisième enfant

Le calcul du montant de chacune des prestations versées par la branche famille et les conditions de ressources qui leur sont attachées tiennent compte du nombre d'enfants, de façon à accorder aux familles des revenus sociaux plus élevés à mesure qu'augmente le nombre des enfants à charge.

Le barème des allocations familiales est majoré pour les familles nombreuses : l'allocation mensuelle versée à partir du troisième enfant est

plus que doublée par rapport à celle versée pour deux enfants[562]. Les familles nombreuses bénéficient également des règles de la majoration forfaitaire des allocations familiales, accordée pour les enfants de 14 ans ou plus et qui s'applique à partir du deuxième enfant[563].

Les familles nombreuses accueillent 62 % des enfants des ménages bénéficiaires d'allocations familiales[564]. En 2021, elles ont perçu 56 % des allocations familiales (6,8 Md€ sur 12,3 Md€) et 50 % du total des prestations familiales (11,7 Md€ sur 23,2 Md€).

2 - Deux prestations réservées aux familles nombreuses

Créé par la loi nº 77-765 du 12 juillet 1977, le complément familial est attribué sous condition de ressources aux familles métropolitaines[565] ayant à leur charge au moins trois enfants âgés de 3 à 20 ans. Son coût avoisinait 2 Md€ en 2021. 873 000 familles nombreuses, soit 63 % d'entre elles, ont perçu cette prestation en sus des allocations familiales en décembre 2021.

Alors que l'âge maximal des enfants ouvrant droit aux allocations familiales est de 20 ans, une allocation forfaitaire est versée depuis la même loi jusqu'au mois précédant le 21ème anniversaire de l'aîné des familles de trois enfants (89,79 €). Environ 100 000 familles ont bénéficié de cette prestation en 2021, pour un montant avoisinant 100 M€.

3 - Des règles favorables aux familles nombreuses en matière d'aides au logement

Les allocations logement visent à diminuer le coût net du logement supporté par leurs bénéficiaires. Leur montant dépend, notamment, des

[562] Pour un revenu égal à 81 212 € ou moins, une famille de trois enfants perçoit 323,9 € par mois d'allocations familiales, dont 71 € pour chacun des deux premiers enfants et 181,9 € pour le troisième. Le barème distingue trois tranches de revenus ; le montant des allocations est moins élevé pour des revenus supérieurs.

[563] Pour une famille de deux enfants, l'allocation est versée lorsque le deuxième enfant à charge atteint 14 ans. Pour une famille de trois enfants, la même règle s'applique et l'allocation est alors doublée. Les trois tranches de revenus s'appliquent à la majoration.

[564] Cette proportion est élevée car les foyers avec un seul enfant ne perçoivent pas d'allocations familiales.

[565] Une prestation différente réservée aux départements d'outre-mer est également dénommée complément familial : elle est destinée aux familles qui assument la charge d'au moins un enfant de plus de trois ans mais de moins de cinq ans. Elle n'est pas destinée aux familles nombreuses.

ressources du foyer et de sa composition. Les familles nombreuses bénéficient de plusieurs éléments favorables :

- le barème dépend du nombre d'enfants à charge ;
- le loyer plafond et le forfait de charges augmentent avec le nombre d'enfants ;
- le nombre d'enfants limite la diminution du montant de l'aide en fonction du revenu.

Les allocations logement sont ainsi accordées aux familles nombreuses jusqu'à des niveaux de revenus plus élevés que pour les autres ménages. 48 % d'entre elles en bénéficient. L'allocation versée est aussi en moyenne plus élevée que celle accordée aux autres ménages (317 € par mois contre 246 € en 2021). Au total, le montant des allocations logement servies aux familles nombreuses était de 2,3 Md€, en 2021, soit 16 % de ces prestations, alors qu'elles comptent pour 13 % des foyers bénéficiaires.

Par ailleurs, les familles nombreuses font partie des publics prioritaires pour l'attribution des logements sociaux. Celles d'entre elles qui perçoivent une allocation logement sont majoritairement hébergées dans le parc social (397 905, soit 61 % des bénéficiaires en 2021).

B - D'autres dispositifs fiscaux et sociaux favorables

De multiples dispositifs se sont sédimentés depuis le début du XXème siècle pour améliorer le soutien aux familles nombreuses en matière fiscale, de retraite, d'action sociale, de rémunération dans la fonction publique, et même de transports.

1 - Un avantage de quotient familial qui minore l'imposition du revenu

La prise en compte de la composition familiale dans le calcul de l'impôt sur le revenu constitue une exception française parmi les pays de l'OCDE. Depuis 1945, les redevables d'un même foyer fiscal[566] sont en effet assujettis à une déclaration unique de revenus qui tient compte de la

[566] Le foyer fiscal correspond à une situation légalement constatée (mariage, pacte civil de solidarité – PACS). Les personnes mariées ou pacsées appartiennent au même foyer fiscal contrairement aux personnes en union libre, avec ou sans enfants, qui appartiennent à deux foyers fiscaux différents.

présence d'enfants à charge[567]. À la redistribution verticale découlant de la progressivité de l'impôt sur le revenu, ce mécanisme ajoute une redistribution horizontale au bénéfice des familles avec enfants, d'autant plus importante que ceux-ci sont nombreux[568].

La prise en compte du nombre d'enfants dans le calcul de l'impôt sur le revenu

À chaque foyer fiscal est associé un nombre de parts fiscales fonction de sa composition. Les enfants ouvrent droit chacun à une demi-part fiscale. Depuis 1981, le troisième enfant et, depuis 1987, tous les enfants à partir du troisième, ouvrent droit à une part supplémentaire (au lieu d'une demi-part). Le barème progressif de l'impôt sur le revenu s'applique au revenu imposable par part. Le résultat obtenu est multiplié par le nombre de parts pour déterminer l'impôt dû.

Ces règles permettent d'appliquer, à revenu du foyer égal, un taux marginal d'imposition plus faible au foyer fiscal qui supporte les charges de famille les plus élevées.

Par exemple, pour un même revenu annuel de 60 000 €, l'impôt sur le revenu dû en 2022 était de 4 044 € pour un couple sans enfant, de 2 420 € pour un couple avec deux enfants, et de 786 € pour un couple avec trois enfants. À partir de quatre enfants ce couple n'est pas imposable.

Un plafonnement de cet avantage a été introduit par la loi de finances pour 1982 pour des motifs de réduction de la dépense fiscale et d'équité, car la progressivité de l'impôt sur le revenu amplifie l'effet de redistribution horizontale du quotient familial au bénéfice des ménages les plus aisés. Ce plafonnement a été abaissé à plusieurs reprises. L'avantage maximal retiré de la demi-part de quotient familial au titre de l'imposition était ainsi de 1 678 € en 2022, soit un montant inférieur de 45 % à son équivalent de 1982 en parité de pouvoir d'achat.

L'avantage total du quotient familial est évalué à 7,88 Md€ en 2021 sur les revenus de l'année 2020, pour quatre millions de foyers fiscaux concernés. Les couples avec trois enfants ou plus sont favorisés par ce dispositif, avec un avantage moyen de 3 581 € par ménage, contre 1 989 € en moyenne pour les couples avec deux enfants et 1 021 € pour les couples avec un enfant. Pour l'imposition 2021, les familles nombreuses ont

[567] Enfants mineurs et, sur option, enfants majeurs jusqu'à 21 ans, voire 25 ans s'ils poursuivent des études.
[568] Voir sur ce point les observations définitives de la Cour sur *La prise en compte de la famille dans la fiscalité*, juin 2023.

bénéficié du tiers du montant total des avantages liés à l'application du quotient familial (soit 2,65 Md€), alors qu'elles représentaient 18 % des foyers bénéficiaires.

2 - Des dispositions spécifiques en matière de retraite, d'action sociale et de rémunération des agents publics

Destinée aux seuls parents de familles nombreuses, la majoration de pension pour enfant augmente le montant de leur pension de 10 % dans la plupart des régimes, pour une dépense annuelle d'environ 10 Md€ par an. Comme les autres assurés, les parents de familles nombreuses bénéficient de majorations de durée d'assurance et de l'assurance vieillesse des parents au foyer lorsqu'un des deux parents a interrompu son activité pour élever ses enfants - ce qui est plus fréquent dans les familles nombreuses.

Un quotient familial, légèrement différent de celui de l'impôt sur le revenu[569], est utilisé pour l'attribution d'aides sociales individuelles au titre de l'action sociale des caisses d'allocations familiales. Les mairies et la plupart des crèches et des services périscolaires y recourent également pour déterminer leurs tarifs (cantine, centre de loisirs, etc.), à l'avantage des familles nombreuses.

Les fonctionnaires et agents contractuels de droit public perçoivent depuis 1917 un élément de rémunération dépendant de leur nombre d'enfants, le supplément familial de traitement[570], dont le barème est majoré à partir du troisième enfant. Pour la fonction publique d'État, les familles nombreuses représentent 18 % des bénéficiaires du supplément familial de traitement, mais perçoivent la moitié de son montant, soit 294 M€ sur 597 M€. En extrapolant ce chiffre aux fonctions publiques hospitalière et territoriale, les familles nombreuses des agents publics bénéficieraient d'un total de 660 M€ à ce titre.

[569] Les ressources prises en compte sont égales au douzième des revenus bruts annuels (avant abattements), auxquelles s'ajoutent les prestations mensuelles versées par la caisse d'allocations familiales pour le mois en cours, divisées par un nombre de parts. Un couple ou parent isolé vaut deux parts et chaque enfant à charge une demi-part, sauf le troisième enfant qui vaut une part.

[570] Article n° 20 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985.

3 - Des avantages en matière de transports

Une carte « familles nombreuses », créée par l'État en 1921, ouvre droit à une réduction sur le prix du transport ferroviaire de 30 % pour trois enfants, 40 % pour quatre enfants, 50 % pour cinq enfants et 75 % à partir du sixième[571]. Cette carte est détenue par 850 000 bénéficiaires, soit environ 10 % des personnes vivant au sein de familles nombreuses. En 2022, la compensation versée à ce titre par l'État à la SNCF était de 5,6 M€.

Par ailleurs, l'acquisition par les familles nombreuses de véhicules d'au moins cinq places pouvant les situer au-delà du seuil d'obtention du bonus écologique, elles bénéficient d'un abattement depuis 2009, pour une dépense fiscale estimée à 14 M€ en 2021. Un abattement similaire est prévu pour la taxe sur la masse en ordre de marche des véhicules de tourisme, applicable depuis le 1er janvier 2022, pour une dépense fiscale estimée à 1 M€.

II - Une maîtrise de la dépense publique qui pèse sur un nombre croissant de familles nombreuses

La dépense sociale en faveur des familles et l'avantage qu'elles retirent du quotient familial ont diminué ces dernières années, en particulier pour les familles nombreuses. Cela résulte de mesures de limitation des avantages sociaux et fiscaux pour les ménages aux revenus les plus élevés, dont le champ s'est progressivement étendu du fait des règles d'indexation des barèmes.

A - Une réduction des avantages fiscaux et sociaux

Dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques, plusieurs mesures ont réduit les avantages accordés aux familles en matière fiscale, notamment par l'abaissement du plafond du quotient familial. Le bénéfice des allocations familiales a, par ailleurs, été modulé en fonction du revenu et diverses réformes ont porté sur les autres prestations familiales, notamment sur le complément familial, qui a perdu de sa cohérence.

[571] Décret n° 80-956 du 1er décembre 1980.

1 - Une limitation progressive des avantages fiscaux

Le quotient familial ne représente pas un avantage pour tous les foyers, puisqu'il faut être assujetti à l'impôt sur le revenu pour en bénéficier, ce qui concerne 60 % des foyers fiscaux comptant trois enfants ou plus (740 000 sur 1,22 million de foyers éligibles) en 2021.

Comme exposé *supra*, le bénéfice du quotient familial a été plafonné dès 1982 et le montant de ce plafond a été abaissé en 2012, en 2013 et en 2014. Le seuil de revenus à partir duquel ce plafond est atteint varie en fonction du nombre d'enfants[572].

En dix ans, la part des foyers soumise au plafonnement du quotient familial a presque triplé dans toutes les configurations familiales, ce qui se traduit par un surcroît d'impôt à payer. Pour les familles nombreuses, cette part est passée de 10 % en 2011 à 26 % en 2021, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 45 : proportion des foyers fiscaux dépassant le plafond du quotient familial

Source : Cour des comptes à partir des données de la direction générale des finances publiques (DGFiP)

Les données transmises par la DGFiP mettent en évidence une baisse de la dépense fiscale au titre du quotient familial en euros courants entre 2011 et 2021 (- 2,1 %), accentuée pour les familles nombreuses (- 9,2 %). La part des familles nombreuses dans les dépenses de quotient

[572] En 2021, il était de 62 982 € pour une famille de deux enfants, 73 819 € pour une famille de trois enfants, et 84 659 € pour une famille de quatre enfants.

familial a ainsi diminué de 36,3 % à 33,6 % alors que leur proportion parmi les bénéficiaires est restée stable.

Pour l'impôt sur le revenu de 2021, la DGFiP estime à 4,5 Md€ le surcroît d'impôt sur le revenu découlant du plafonnement du quotient familial, dont 1,23 Md€ à la charge des 200 000 familles nombreuses concernées par cette mesure. Celles-ci en supportent donc 27 %, alors qu'elles ne représentent que 3,5 % des foyers fiscaux auxquels s'applique le plafonnement.

Ces effets se cumulent avec la non-indexation des réductions ou déductions fiscales bénéficiant aux familles. Le plafond de la réduction pour garde d'enfants est resté inchangé à 1 150 €[573] par enfant et par an de 2006 à 2022. Rapporté à l'évolution générale des salaires, son équivalent monétaire a ainsi diminué d'un tiers durant cette période, avant sa revalorisation à 1 750 € par la loi de finances pour 2023.

Les réductions d'impôt liées aux études secondaires ou supérieures des enfants[574] n'ont pas été revalorisées depuis 1993. Leur équivalent monétaire a diminué de 50 % depuis cette date.

Enfin, un plafonnement global des avantages fiscaux est appliqué à chaque foyer fiscal, indépendamment de sa composition. Sont notamment concernés l'emploi d'un salarié à domicile et les frais de garde de jeunes enfants. Ce plafond global a été fortement abaissé et forfaitisé à 10 000 € depuis 2013. Le caractère forfaitaire et non familialisé de ce plafond pose question, puisque les familles nombreuses prennent en charge relativement plus de dépenses contraintes de garde d'enfant ou d'emploi d'un salarié à domicile que les ménages sans enfant ou les familles avec un ou deux enfants de même niveau de revenu.

2 - Une modulation des allocations familiales selon les ressources

La modulation des allocations familiales, entrée en vigueur le 1er juillet 2015, a consisté à ne verser que 50 % ou 25 % de leur montant aux familles dont les revenus dépassent certains seuils, à des fins d'économies supportées par les familles les plus aisées.

[573] 50 % des dépenses dans la limite de 2 300 € de dépenses par an.
[574] En 2021, 61 € par enfant au collège, 153 € au lycée et 183 € en enseignement supérieur.

Tableau n° 46 : seuils de modulation du barème des allocations familiales en 2021 (revenus annuels et équivalent Smic)

	Tranche 2 (50 %)	Équivalent Smic	Tranche 3 (25 %)	Équivalent Smic
3 enfants	75 760 €	5,5 Smic	99 039 €	7,2 Smic
4 enfants	81 587 €	5,9 Smic	104 866 €	7,6 Smic
5 enfants	87 414 €	6,4 Smic	110 693 €	8,1 Smic

Note de lecture : La modulation des allocations familiales commence à partir de 81 587 € pour un foyer comportant quatre enfants, soit un revenu équivalent à 5,9 fois le Smic.
Source : DSS, Cahier statistique des prestations familiales, 2021

Du fait de la décorrélation entre l'évolution des salaires et celle des prix, sur laquelle le barème de ressources est indexé, une proportion croissante des bénéficiaires a été touchée par la modulation des allocations. Cette mesure concernait 11 % des foyers bénéficiaires en 2021 contre 9,4 % en 2015, année de sa mise en œuvre.

En 2021, l'écart entre les allocations versées à un ménage ayant trois enfants âgés de moins de 14 ans et celles qu'il aurait perçues sans la modulation introduite en 2015 atteignait 1 914 € en tranche 2 et 2 870 € en tranche 3, soit, respectivement, 2,5 % et 2,9 % de ses revenus d'activité à l'entrée de la tranche du barème.

La baisse du montant des allocations familiales versées à ces familles représente une économie de 760 M€ en 2021, dont 290 M€ portent sur les familles nombreuses. Sur la période 2016-2021, la mesure a permis une économie budgétaire cumulée de 4,3 Md€, dont 40 % ont été supportées par les 100 000 familles nombreuses concernées, qui représentent 2 % de l'ensemble des familles bénéficiaires d'allocations familiales.

3 - Des mesures de portée générale sur les prestations familiales qui ont aussi concerné les familles nombreuses

Diverses mesures ont restreint les transferts en faveur des familles, y compris pour celles non-concernées par la modulation des allocations familiales.

Le montant de la base mensuelle des allocations familiales (Bmaf), qui sert au calcul du montant de la plupart des prestations servies par la branche famille, a été sous-indexée en 2015, en 2019 et en 2020. En conséquence, sur la période 2011-2021, la Bmaf a augmenté de 5 %, moins rapidement que les prix (8 %). L'économie permise par cette sous-indexation s'élève à 1 Md€, dont la moitié a porté sur les familles nombreuses.

Certaines réformes des prestations de garde des jeunes enfants ont été défavorables aux familles nombreuses. La création de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepare) à compter du 1er janvier 2015, en remplacement des précédents dispositifs de congé parental[575], a restreint les options antérieures de partage des tâches dans les couples pour l'accueil des jeunes enfants. Le bénéfice de cette prestation versée aux parents ayant cessé ou réduit leur activité pour s'occuper de leur enfant de moins de trois ans de rang 2 ou supérieur a été réduit à une durée de 24 mois maximum pour chacun des parents, contre 36 mois auparavant pour le seul parent bénéficiaire, dans un objectif d'égalité entre les femmes et les hommes[576]. Cet objectif n'a toutefois pas été atteint, puisque seuls 2,5 % des bénéficiaires de cette prestation sont des hommes. L'effet de la mesure a donc été de réduire la durée de la prestation et le nombre de demandeurs, la dépense passant de 2 Md€ en 2013 à 730 M€ en 2021.

Le décret n° 2018-312 du 26 avril 2018 a procédé à l'alignement du montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)[577] sur celui d'une autre allocation, le complément familial (cf. *infra*), réservée aux familles nombreuses. Cet alignement a entraîné une baisse du montant de la Paje à taux plein de 9 points en pourcentage de la Bmaf. Le décret n° 2018-331 du 3 mai 2018 a ensuite abaissé les plafonds de revenu pour bénéficier de l'allocation de base et de la prime de naissance.

Illustration des conséquences de la réforme de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)

M. et Mme X ont chacun un salaire net imposable de 2 050 € par mois, soit 1,5 Smic net. Ils ont eu un enfant en mai 2018, quel que soit son rang.

Du fait de la réforme, l'allocation de base de la Paje leur a été servie à taux partiel, soit 84,5 € par mois. Si leur enfant était né avant avril 2018, ils auraient bénéficié du taux plein de 184,6 € par mois. Leur manque à gagner atteint 3 503,8 €, soit 2,4 % de leur revenu d'activité pendant toute la durée de versement de l'allocation.

[575] Cette prestation a remplacé le complément de libre choix d'activité et le complément optionnel de libre choix d'activité, spécifiquement destiné aux parents de trois enfants et plus (638,33 € par mois pendant huit mois).
[576] Caisse nationale des allocations familiales, *L'Essentiel* n° 183, 2018.
[577] Allocation versée sous conditions de ressources à partir du mois suivant la naissance de l'enfant jusqu'au mois précédent son troisième anniversaire (applicable également en cas d'adoption).

4 - Une perte de cohérence du complément familial, préjudiciable aux familles à revenus intermédiaires et à l'emploi féminin

Allocation sous conditions de ressources réservée aux familles nombreuses, le complément familial souffre de plusieurs incohérences.

Son montant est le même, que la famille ait trois enfants ou plus, sans que soient pris en compte les coûts additionnels suscités par l'arrivée de nouveaux enfants au-delà du troisième.

Son plafond de ressources était initialement élevé puisque à sa création en 1977, 87 % des familles nombreuses en bénéficiaient. Depuis 1997, son indexation sur les prix et non plus sur les salaires a eu pour effet d'en restreindre progressivement l'accès : 63 % des familles nombreuses le percevaient en 2021.

Le législateur avait souhaité favoriser l'emploi du deuxième membre du couple. Le plafond de ressources est donc différent selon qu'un seul ou les deux parents travaillent. L'écart entre ces deux plafonds, qui est de 9 000 € par an, soit 0,45 Smic brut, est toutefois insuffisant pour encourager ou préserver l'activité du second parent. Ceci pose question au regard de la faiblesse du taux d'emploi des mères de trois enfants ou plus, qui influe négativement sur les revenus moyens des familles nombreuses (cf. *infra*).

Le complément familial s'articule difficilement avec d'autres prestations. Il cesse d'être versé à la naissance d'un nouvel enfant jusqu'à ses trois ans car il ne peut être cumulé avec l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant en vertu d'une règle ancienne. L'arrivée d'un nouvel enfant dans une famille nombreuse n'entraîne donc le versement d'aucune prestation d'accueil additionnelle jusqu'à ses trois ans, contrairement à ce qui se produit pour la naissance d'un premier ou d'un deuxième enfant.

Enfin, une majoration, dite de dédoublement, a été créée à compter du 1er avril 2014 au bénéfice des familles nombreuses très modestes[578]. Cette majoration a été exclue de la base-ressources de nombreuses prestations sociales[579], ce qui constitue un avantage pour ses bénéficiaires, mais ne favorise pas un pilotage cohérent du système de prestations.

---

[578] En 2021, la majoration du complément familial s'appliquait à 51 % des foyers bénéficiaires, soit 445 000 familles.

[579] La majoration du complément familial n'entre pas dans la base ressources du revenu de solidarité active (article n° R. 262-10-1 du code de l'action sociale et des familles) ni de la prime d'activité (article n° R. 844-4 du code de la sécurité sociale).

En effet, cet avantage accentue les effets de seuil en cas de retour à l'activité et affecte la comparabilité des situations avec les bénéficiaires du complément familial non majoré. Inversement, en cas de naissance d'un nouvel enfant, les familles bénéficiaires du complément familial majoré voient paradoxalement leurs prestations diminuer puisque l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, qui se substitue au complément familial majoré jusqu'aux trois ans du dernier enfant, est d'un montant inférieur (184 € contre 277 € en 2023).

Ces multiples incohérences invitent à engager une réflexion sur les objectifs et sur les paramètres du complément familial.

B - Des évolutions des avantages sociaux et fiscaux qui affectent un nombre croissant de familles nombreuses

L'effort financier lié à la stabilisation des dépenses en faveur des familles a porté au départ sur un nombre limité de familles nombreuses. Toutefois, l'indexation des barèmes de ressources sur les prix et non sur les salaires a supprimé ou réduit les aides pour un nombre croissant de familles aux revenus intermédiaires.

1 - Une stabilisation des dépenses qui n'a pas été compensée par une redistribution accentuée en faveur des familles plus modestes

Les diverses mesures prises au cours de la décennie écoulée et le moindre dynamisme de la natalité française depuis le début des années 2010 ont contribué à stabiliser les dépenses de la branche famille de la sécurité sociale (30,8 Md€ en 2011, 29,9 Md€ en 2021), soit une diminution de 8,8 % en euros constants. La dépense de quotient familial a également décru (8,05 Md€ en 2011 et 7,88 Md€ en 2021).

L'addition des mesures d'économies intervenues en matière fiscale et sociale représente 17,9 Md€ en cumul sur la période 2011-2021, dont 5,7 Md€ à la charge des familles nombreuses. La seule mesure nouvelle en dépenses a été la majoration du complément familial pour les familles nombreuses très modestes, pour un coût de 2,1 Md€.

Tableau n° 47 : effet cumulé des mesures socio-fiscales sur le revenu des familles sur la période 2012-2021 (en Md€)

En Md€	Ensemble des familles	Familles nombreuses	
Réduction du plafond du quotient familial (2013-2020)	- 12,0	- 3,4	28 %
Modulation des allocations familiales	- 4,3	- 1,7	40 %
Réduction des plafonds et du montant de l'allocation de base de la Paje (2018-2021)	- 0,5	- 0,1	26 %
Sous-indexation de la Bmaf	- 1,1	- 0,5	50 %
Majoration du complément familial	+ 2,1	+ 2,1	100 %
Total	- 15,8	- 3,6	23 %

Source : Cour des comptes d'après données DGFiP et Cnaf

Les mesures d'économie supportées par les familles nombreuses ont été concentrées (5,3 Md€ sur 5,7 Md€) sur les 200 000 familles aux revenus supérieurs à 73 800 € en 2021. Pour ces familles, le cumul des moindres prestations et du surcroît d'imposition avoisine 26 500 € sur la décennie 2012-2021.

2 - Une réallocation défavorable pour les familles nombreuses aux revenus intermédiaires et supérieurs

Les avantages retirés du quotient familial ont été plafonnés car ils augmentaient avec le revenu du ménage, en raison du caractère progressif du barème de l'impôt. Toutefois, la mesure de l'aisance financière au travers des seuls revenus fiscaux ne prend pas en compte d'autres facteurs, tels que les écarts de patrimoine, les coûts du logement, plus élevés dans les métropoles, ou la différenciation des tarifs des services sociaux liés à l'enfance (cantine[580], centre de loisirs, etc.).

En outre, la mise en œuvre de ces mesures ayant été échelonnée, les administrations n'ont pas évalué leur impact cumulé.

[580] Par exemple, à Paris, le prix de la restauration scolaire varie de 0,13 € à 7 € par repas selon un barème comprenant 10 tranches, la dernière tranche étant fixée à 5 000 € par mois, soit 60 000 € par an pour un couple.

Un impact financier important pour les familles nombreuses aux revenus supérieurs aux seuils

En 2021, les familles avec trois enfants de moins de 14 ans dont le revenu annuel se situe au seuil de plafonnement du quotient et de modulation des allocations familiales (75 500 €), supportent une perte de ressources par rapport à la législation antérieure à 2013 d'un montant de 4 364 € par an équivalent à 5,5 % de ce revenu annuel.

Pour un couple biactif marié ou pacsé, au revenu net annuel de 85 000 € en 2013, qui a eu un premier enfant en 2013, un deuxième en 2015 et le dernier en 2017, la perte de ressources correspondant aux moindres prestations familiales versées et au supplément d'impôt sur le revenu atteint 40 000 € en cumul sur la période 2013-2021, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 46 : illustration de la perte de revenus liée aux évolutions de la règlementation entre 2013 et 2021

Source : Cour des comptes

Enfin, la revalorisation des barèmes des prestations familiales indexés entre 2013 et 2021 sur l'inflation a été inférieure à l'évolution des revenus des ménages, principalement liée aux salaires, ce qui a conduit à exclure une proportion croissante des familles du bénéfice des prestations. Le cas du complément familial, qui concernait initialement un public large (cf. *supra*), en est une illustration.

La Cnaf n'a pas étudié l'effet d'éviction des modifications de ces paramètres intervenues depuis le début des années 2010. L'importance de

ce sujet justifierait qu'il fasse l'objet d'une information dans le cadre des rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale[581].

III - Une cohérence du système de prestations à repenser en regard de facteurs de fragilité persistants

L'analyse des caractéristiques sociales des familles nombreuses, en moyenne plus pauvres du fait d'un moindre taux d'emploi des mères en couple et plus soumises au risque de chômage que la moyenne des autres familles, justifie l'orientation des politiques publiques en leur faveur. La persistance des fragilités de ces populations et l'augmentation de la part des familles monoparentales en leur sein peuvent fonder une réflexion renouvelée sur le ciblage de ces politiques.

A - Des difficultés particulières en termes d'emploi

En moyenne, les chefs de familles nombreuses sont moins qualifiés et ils exercent des professions moins rémunératrices que ceux des familles comportant moins d'enfants. Ces caractéristiques se doublent d'un taux d'emploi féminin inférieur à partir du troisième enfant.

1 - Des situations socio-professionnelles plus fragiles

La proportion de personnes non diplômées est plus importante dans les familles nombreuses que dans les autres familles : 56 % des familles d'au moins trois enfants ont une personne de référence dont le niveau d'études est inférieur ou équivalent au baccalauréat[582]. Ce moindre niveau moyen de formation initiale est encore plus marqué pour les familles très nombreuses : en 2018, 66 % des parents de familles de quatre enfants ou plus étaient non-diplômés.

Ces différences de niveau moyen de formation ont un impact sur la situation socio-professionnelle des familles nombreuses, dont la personne de référence est majoritairement un ouvrier (28,3 %) ou un employé (22 %). Ce constat est encore plus prégnant pour les familles très

[581] Ceux-ci pourraient analyser, pour chaque prestation, l'évolution du nombre et de la proportion de familles exclues du fait des barèmes de ressources, ainsi que l'économie budgétaire réalisée de ce fait.

[582] Sauf indication contraire, les statistiques proviennent du *Panorama des familles 2021* (Haut conseil de la famille, de l'enfant et de l'âge, 2021).

nombreuses : 33 % des familles de quatre enfants ou plus ont un chef de famille ouvrier, contre 22,3 % pour l'ensemble des familles.

Ces caractéristiques constituent un facteur de fragilité financière et sociale, dans la mesure où les ouvriers et les employés sont les deux catégories socio-professionnelles les plus exposées au chômage. Sur trois décennies, le taux de chômage moyen des ouvriers est de 12,2 % et celui des employés de 9,2 %, alors que celui des cadres est de 3,7 %. Les écarts se sont de surcroît amplifiés en défaveur des ouvriers au cours des périodes économiques défavorables les plus récentes (2009-2016).

Graphique n° 47 : taux de chômage moyen par catégorie socioprofessionnelle de 1982 à 2021 (en %)

Source : Insee, taux de chômage selon la catégorie socioprofessionnelle
Données annuelles de 1982 à 2021

2 - Une baisse du taux d'emploi féminin plus marquée à partir du troisième enfant

Les naissances ont des conséquences qui pèsent encore essentiellement sur l'activité des femmes. Leur participation au marché du travail peut être affectée dès l'arrivée du premier enfant mais c'est à compter du troisième que l'effet est le plus marqué : plus le foyer accueille d'enfants, plus le taux d'activité des mères se réduit.

Le taux d'activité d'une mère en couple ayant un enfant de moins de trois ans était de 82 % en 2020. Ce taux se réduit à 75 % avec deux enfants, puis à 47 % avec trois enfants dont un de moins trois ans[583]. Passés les trois ans, le taux d'activité moyen des femmes en couple remonte à 73,4 %, mais il reste inférieur de 12 points à celui de la moyenne des mères en couple en 2019, écart qui s'est creusé depuis 2011.

Graphique n° 48 : évolution du taux d'emploi moyen des mères de familles nombreuses de 2011 à 2019

Champ : Familles avec enfants de moins de 18 ans.
Source : Insee, Enquête Emploi (2010-2019) et données de la Drees

[583] Insee, *Femmes et hommes : une lente décrue des inégalités*, mars 2022.

C'est également à partir du troisième enfant que les femmes occupent le plus souvent un travail à temps partiel (45,7 % des femmes avec trois enfants dont un de moins de trois ans, contre 23,2 % des femmes ayant un seul enfant de moins de trois ans).

Ces constats rejoignent ceux de l'OCDE, qui font apparaître un taux d'emploi des mères françaises de trois enfants ou plus âgés de moins de 14 ans plus faible que la moyenne de l'Union européenne, même s'il est plus élevé que celui de pays comparables comme l'Allemagne ou l'Italie.

Graphique n° 49 : taux d'emploi des mères de trois enfants et plus dans différents pays de l'UE en 2019

Source : Cour des comptes d'après OCDE, données sur les familles

Cette moindre participation des mères de trois enfants ou plus au marché du travail a pour conséquence de limiter le revenu d'activité moyen des familles nombreuses en France.

B - Un taux de pauvreté élevé

L'augmentation du nombre de familles nombreuses monoparentales a contribué à la stagnation de leur revenu moyen et a majoré le taux de pauvreté de cette population. Pour augmenter le taux d'emploi des mères

en couple, il serait nécessaire de renforcer les mesures de conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, ainsi que les incitations à reprendre un emploi.

1 - Une stagnation des revenus d'activité moyens des familles nombreuses

Le revenu total moyen des familles de trois enfants ou plus n'a que peu progressé en euros courants entre 2010 et 2019. Les données disponibles mettent en évidence une dégradation du taux d'activité moyen des chefs de familles nombreuses, comparé à celui des chefs de familles comportant un ou deux enfants.

Graphique n° 50 : évolution du taux d'activité moyen des chefs de familles nombreuses et des chefs de familles d'un ou deux enfants entre 2010 et 2019 (en %)

Source : Cour des comptes d'après les données de l'enquête revenus fiscaux et sociaux 2010-2019

Globalement, les familles nombreuses ont un niveau de vie médian par unité de consommation (à 18 528 € par an en 2019) inférieur de 21 % à celui des familles d'un à deux enfants.

Le montant moyen des transferts sociaux aux familles nombreuses s'est maintenu en euros courants sur la période, mais leur composition s'est modifiée. La stagnation des prestations familiales et la réduction des allocations logement ont été compensées par une progression des transferts

liés aux *minima* sociaux. En conséquence, le taux de pauvreté[584] des familles nombreuses n'a pas diminué malgré l'augmentation des transferts qui a découlé de la majoration du complément familial à partir de 2014, de la revalorisation du revenu de solidarité active et de l'élargissement de la prime d'activité en 2019.

Le taux de pauvreté des familles nombreuses en couple s'élevait à 23 % en 2019, soit une proportion supérieure de 13 points à celle observée pour les familles avec un ou deux enfants. En prenant en compte les familles monoparentales, le taux de pauvreté des familles nombreuses s'élève à 27 %.

2 - Une augmentation de la monoparentalité qui érode la progression du revenu moyen des familles nombreuses

La progression générale de la monoparentalité[585] résulte essentiellement de ruptures d'unions. Les familles monoparentales sont très majoritairement de taille réduite, avec 1,58 enfant en moyenne en 2018, mais près de 20 % d'entre elles avaient trois enfants ou plus en 2020. Leur part dans les familles nombreuses (19,5 %) reste inférieure à celle dans l'ensemble des familles (24 %) mais elle progresse.

Les familles nombreuses sont ainsi plus fréquemment en situation de monoparentalité en 2020 (19,5 %) qu'en 2010 (15 %), alors que la part des familles recomposées est demeurée stable. La part des familles en couple avec leurs propres enfants a régressé en proportion.

Cette augmentation des familles monoparentales au sein des familles nombreuses induit un risque accru de revenus d'activité faibles, voire de pauvreté, dans le ménage. La faiblesse des revenus d'activité de ces familles a contribué à la stagnation du revenu moyen des familles nombreuses, en l'absence d'augmentation du taux d'emploi des mères en couple.

[584] Défini comme la proportion de la population dont le revenu disponible par unité de consommation est inférieur à 60 % du revenu médian.
[585] La part des familles monoparentales dans le total des familles avec au moins un enfant mineur a augmenté de 2,5 points entre 2010 et 2018, passant de 21,2 % à 23,7 %. Source : Insee, *France Portrait Social (2010-2020).*

3 - Des enjeux de conciliation de la vie professionnelle et familiale

L'amélioration à moyen terme du taux d'emploi des mères de familles nombreuses, qu'elles soient seules ou en couple, passe, entre autres facteurs, par l'accès à des formations professionnalisantes adaptées à leurs contraintes spécifiques[586].

Elle suppose également une réflexion sur les outils existants en faveur de la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, les dispositifs de soutien ne tenant pas compte du caractère rapproché des naissances. Le fait que les familles nombreuses soient souvent constituées de fratries d'âges rapprochés[587] les expose à des difficultés d'organisation qui ne cessent pas lorsque l'aîné atteint six ans, âge limite pour bénéficier du complément du libre choix du mode de garde. De ce fait, les mères de familles nombreuses sont conduites, plus souvent que les autres mères en couple, à suspendre leur activité professionnelle.

Une réforme du complément de libre choix du mode de garde en faveur des familles monoparentales a été mise en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Elle étend son bénéfice jusqu'aux douze ans de l'enfant. Cette réforme pourrait utilement être complétée par une réflexion globale sur les dispositifs – y compris fiscaux – concernant la garde des enfants de familles nombreuses au-delà des âges pivots de trois et six ans lorsqu'ils sont d'âges rapprochés.

Une révision des objectifs et des paramètres du complément familial pourrait également permettre de renforcer l'incitation des mères de familles nombreuses à conserver ou à reprendre un emploi.

[586] Par exemple, les métiers du numérique facilitent la conciliation entre vie professionnelle et obligations familiales.
[587] D'autant plus que l'élévation de l'âge moyen de la mère au premier enfant (28,9 ans en 2020 contre 24 ans en 1974 selon l'Insee) conduit au rapprochement des naissances.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Cour évalue le montant des aides destinées aux familles nombreuses à environ 30 Md€ en 2021. Les multiples dispositifs sociaux et fiscaux qui les portent résultent de la sédimentation de mesures inspirées par des évolutions démographiques et sociales contrastées, ainsi que des objectifs de redistribution poursuivis, le plus souvent, sous contrainte budgétaire.

La stabilisation du montant des dépenses consacrées aux familles au cours de la dernière décennie a conduit, toutes choses égales par ailleurs, à une baisse de leur pouvoir d'achat. Les familles nombreuses ont été les plus affectées, l'essentiel de l'effort financier ayant été supporté par les plus aisées d'entre elles. Deux évolutions ont particulièrement joué :

- *les règles d'indexation applicables aux plafonds du quotient familial et du complément familial ainsi qu'aux seuils de modulation des allocations familiales ont eu pour effet d'évincer du bénéfice des aides une part croissante des familles à revenus intermédiaires, sans que cet effet sur les familles nombreuses ait été complètement mesuré ;*
- *les fragilités structurelles des familles les moins favorisées n'ont pas été réduites pour autant : le taux de pauvreté des familles nombreuses demeure élevé du fait de leurs caractéristiques socio-professionnelles, de la persistance d'un faible taux d'emploi des mères en couple et de l'augmentation de la monoparentalité.*

Enfin, la seule prestation spécifiquement consacrée aux familles nombreuses, le complément familial, a beaucoup perdu de sa cohérence dans ses règles d'attribution et dans son articulation avec les autres prestations familiales.

Dans un contexte de baisse de la natalité en France, il serait souhaitable que l'ensemble des montants accordés par les différents dispositifs sociaux et fiscaux en faveur des familles nombreuses soit redéfini en fonction d'objectifs politiques clarifiés et hiérarchisés, en s'assurant que l'ensemble s'inscrive dans un cadre favorable au développement de l'emploi des mères de famille nombreuse.

Pour aider à la définition d'une stratégie prenant mieux en compte les familles nombreuses, la Cour formule les deux recommandations de politique publique suivantes :

46. *estimer dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale, le montant des économies obtenues via la modulation des conditions de ressources des prestations familiales, ainsi que le*

nombre et le pourcentage de familles concernées, pour chacune des prestations, (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;

47. *clarifier les objectifs et les barèmes de ressources du complément familial, ainsi que sa coordination avec les autres prestations familiales, (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*

Liste des abréviations

AAT ..... Avis d'arrêt de travail
Acoss..... Agence centrale des organismes de sécurité sociale
Agirc-Arrco .. Association générale des institutions de retraite des cadres-Association des régimes de retraite complémentaire
AP-H ..... Assistance publique - hôpitaux de Paris
AP-HM..... Assistance publique - hôpitaux de Marseille
Anap..... Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANCT..... Agence nationale de cohésion des territoires
ARS..... Agence régionale de santé
ASMR ..... Amélioration du service médical rendu
Aspa ..... Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATIH ..... Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP ..... Accidents du travail-maladies professionnelles
Bmaf..... Base mensuelle des allocations familiales
Cades..... Caisse d'amortissement de la dette sociale
Caf..... Caisse d'allocations familiales
CANSSM ..... Caisse autonomie nationale de sécurité sociale dans les mines
CARCDSF ... Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes
Carmf. ..... Caisse d'assurance retraite des médecins de France
Carpinko..... Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptiste
CARPV. ..... Caisse autonome de retraite et de prévoyance des vétérinaires
Carsat ..... Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Cavamac..... Caisse d'allocation vieillesse des agents généraux et des mandataires non-salariés d'assurance et de capitalisation

Cavec..... Caisse d'assurance vieillesse des experts-comptables et des commissaires aux comptes

Cavimac ..... Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes

Cavom ..... Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires

CAVP ..... Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens

CASD ..... Centre d'accès sécurisé aux données

CDBF ..... Cour de discipline budgétaire et financière

Ceesp ..... Commission d'évaluation économique et de santé publique

CEPS. ..... Comité économique des produits de santé

CDD ..... Contrat à durée déterminée

CDI..... Contrat à durée indéterminée

CHU ..... Centre hospitalier universitaire

Cipav ..... Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse

CMG ..... Complément de libre choix du mode de garde

Cnaf. ..... Caisse nationale des allocations familiales

Cnam ..... Caisse nationale d'assurance maladie

Cnav ..... Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNAVPL..... Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

CNBF ..... Caisse nationale des Barreaux français

Cnieg ..... Caisse nationale des industries électriques et gazières

Cnil..... Commission nationale de l'informatique et des libertés

Cnis. ..... Conseil national de l'investissement en santé

CNMSS ..... Caisse nationale militaire de sécurité sociale

CNRACL ..... Caisse nationale de retraites de agents des collectivités locales

CNSA ..... Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COG ..... Convention d'objectifs et de gestion

Copermo..... Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalière

COR ..... Conseil d'orientation des retraites

CPAM. ..... Caisse primaire d'assurance maladie

CRPCF ..... Caisse de retraite du personnel de la Comédie-Française

CRPNPAC ... Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile

CRPN ..... Caisse de prévoyance et de retraite des notaires

CPRPSNCF .. Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fer

Cropera..... Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris

CRPCEN ..... Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CRP-RATP... Caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens
CSG..... Contribution sociale généralisée
CRDS ..... Contribution à la réduction de la dette sociale
CSIS ..... Conseil scientifique de l'investissement en santé
Dares. ..... Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGFiP ..... Direction générale des finances publiques
DGOS..... Direction générale de l'offre de soins
Dinum. ..... Direction interministérielle du numérique
Drees. ..... Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM ..... Dispositif de ressources mensuelles
DSN..... Déclaration sociale nominative
DSS ..... Direction de la sécurité sociale
Ehpad. ..... Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Enim ..... Établissement nationale des invalides de la marine
ESMS. ..... Établissements de santé et médico-sociaux
ETPR..... Équivalent temps plein rémunéré
FATIACL..... Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales
FIR. ..... Fonds d'intervention régional
FRR ..... Fonds de réserve pour les retraites
FSPOEIE..... Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat
FSV ..... Fonds de solidarité vieillesse
GHT ..... Groupement hospitalier de territoire
HAS..... Haute autorité de santé
HCFEA ..... Haut conseil de la famille, de l'enfant et de l'âge
HCFP..... Haut Conseil des finances publiques
HCL..... Hospices civils de Lyon
IFAQ ..... Incitation financière à la qualité
Igas. ..... Inspection générale des affaires sociales
IGF ..... Inspection générale des finances
IJ(M) ..... Indemnité journalière (pour maladie)
INCa ..... Institut national du cancer
Insee ..... Institut national de la statistique et des études économiques

Irdes..... Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LACSS ..... Loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale
LFRSS..... Loi de financement rectificative de la sécurité sociale
LFSS ..... Loi de financement de la sécurité sociale
LPFP ..... Loi de programmation des finances publiques
M€..... Millions d'euros
Md€..... Milliards d'euros
Medef ..... Mouvement des entreprises de France
MCO ..... Médecine, chirurgie, obstétrique
MSA..... Mutualité sociale agricole
OAAVPL ..... Organisation autonomie de l'assurance vieillesse des professions libérales
OCDE..... Organisation de coopération et de développement économiques
Ondam..... Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Paje..... Prestation d'accueil du jeune enfant
PDS ..... Plateforme des données de santé
PEE ..... Plan d'épargne d'entreprise
Perco ..... Plan d'épargne pour la retraite collectif
PME ..... Petites et moyennes entreprises
PPV. ..... Prime de partage de la valeur
PPVE..... Prime de partage de la valorisation de l'entreprise
Prepare ..... Prestation partagée d'éducation de l'enfant
PST..... Prime de solidarité territoriale
Ralfss..... Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
Ratocem ..... Rentes d'accidents du travail des ouvriers civils des établissements miliaires
RGPD..... Règlement général sur la protection des données
Risp ..... Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non-professionnels
Robss..... Régimes obligatoires de base de la sécurité sociale
RSA..... Revenu de solidarité active
RSI. ..... Régime social des indépendants
SAE..... Statistique annuelle des établissements
Saspa ..... Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées
Smic ..... Salaire minimum de croissance
SNDS ..... Système national des données de santé

Sniiram ..... Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

SSI ..... Sécurité sociale des indépendants

TSA ..... Taxe de solidarité additionnelle

TVA ..... Taxe sur la valeur ajoutée

Unédic ..... Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

Urssaf. ..... Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales