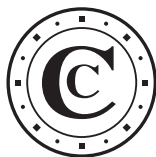


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Synthèse

Mai 2024

 **AVERTISSEMENT**

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

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

Sommaire

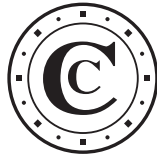
Présentation	5
1 Une perte de maîtrise des comptes sociaux.....	7
2 Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux	19
3 Une qualité de service et une efficacité à renforcer	35

Présentation

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 de la sécurité sociale, avant le 1^{er} 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.



1 Une perte de maîtrise des comptes sociaux

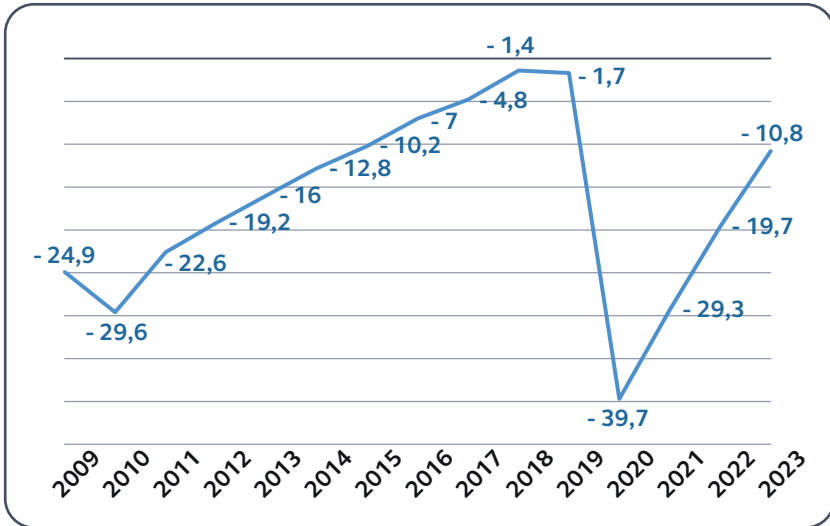
L'analyse des comptes de la sécurité sociale et de l'évolution des dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) fait l'objet des chapitres I et II de cette première partie. Le chapitre III est relatif aux transferts de compensation entre régimes de retraite.

1 - Une trajectoire de déficits non maîtrisés, un redressement nécessaire

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse atteint 10,8 Md€ en 2023, soit 0,7 % du produit intérieur brut. 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.

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

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 le PLACSS pour 2022 et les tableaux d'équilibre approuvés par les LFSS pour les années antérieures

Si on le rapporte aux prévisions de la loi de financement 2023, le déficit est en aggravation de 3,7 Md€. 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, dont une, d'un montant de 1 Md€, a été jugée constitutive d'une anomalie significative dans le rapport de la Cour sur la certification des comptes de la branche maladie.

La sécurité sociale a subi, par ailleurs, en 2023 un coût de 1,5 Md€ lié à la compensation des allègements de cotisations Unédic (600 M€ au détriment des branches famille et accidents du travail – maladies professionnelles) et de retraite complémentaire (900 M€ au détriment

de la branche vieillesse), au profit d'organismes en excédent en 2023. Ces allègements ont été mis à la charge de la sécurité sociale en 2018, compensés par l'affectation d'une fraction équivalente de recettes de taxe à la valeur ajoutée. Toutefois, en raison du dynamisme de la progression du Smic, notamment en 2023, le coût des allègements a progressé plus rapidement que celui de la recette.

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. Elle est également seule responsable de l'aggravation par rapport à la prévision initiale. La réduction de 9,9 Md€ de

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

son déficit par rapport à 2022 est totalement imputable à la quasi extinction des dépenses liées à la crise sanitaire (- 11 Md€). Une amélioration plus structurelle des comptes de la branche était aussi attendue mais elle ne s'est pas concrétisée.

Le déficit de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse s'est réduit de 1 Md€ par rapport à 2022 pour atteindre 1,5 Md€. Cette évolution n'est pas le résultat de la réforme des retraites mais, en recettes, d'une croissance toujours assez vive de la masse salariale.

Les recettes s'élèvent à 600 Md€, en hausse de 27,5 Md€ par rapport à 2022. Elles dépassent de 5,1 Md€ la prévision initiale du fait de la croissance de la masse salariale pendant les trois premiers trimestres. Leur rythme de progression s'est ralenti en fin d'année avec, pour la première fois depuis trois ans, une réduction de l'effectif salarié.

La progression des recettes de cotisations sociales (+ 4,3 %) a été inférieure à celle de la masse salariale du secteur privé (+ 5,7 %) en raison notamment du poids des allègements généraux, indexés sur un Smic en forte croissance, et de la baisse du taux des cotisations des travailleurs indépendants et des exploitants agricoles.

Les dépenses s'élèvent à 610,7 Md€, en augmentation de 19,1 Md€ par rapport à 2022 et de 8,8 Md€ par rapport à la prévision initiale. Pour l'assurance maladie, l'objectif national de dépenses (Ondam) voté (244,1 Md€, dont 1 Md€ au titre de la crise sanitaire) est dépassé de 3,8 Md€.

La hausse des dépenses des autres branches s'explique principalement par l'effet des revalorisations de prestations sociales.

La LFSS 2024 prévoit pour 2024 un déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse de 10,5 Md€, similaire à celui de 2023. Son respect impliquerait un freinage important des dépenses d'Ondam, avec un rythme de croissance de la dépense hors covid, qui devrait atteindre 3,2 % seulement contre 4,8 % en 2023. Le respect de cet objectif dépendra notamment de la réalisation de 3,5 Md€ d'économies, hors maîtrise médicalisée.

Pour la branche vieillesse et le fonds de solidarité vieillesse, il est attendu une aggravation du déficit de 3,5 Md€ en 2024. Elle résulte du relèvement des pensions de retraite de 5,3 % au 1^{er} janvier, avec un an de décalage par rapport à l'inflation constatée en 2023.

Les excédents des branches accidents du travail – maladies professionnelles et famille devraient se réduire, pour la première à cause d'une réduction des cotisations au profit de la branche vieillesse, pour la deuxième, en raison des mesures nouvelles liées au plan accueil de la petite enfance. Le solde de la branche autonomie, légèrement négatif en 2023, redeviendrait positif en 2024 grâce à un transfert de recettes de cotisation sociale généralisée par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

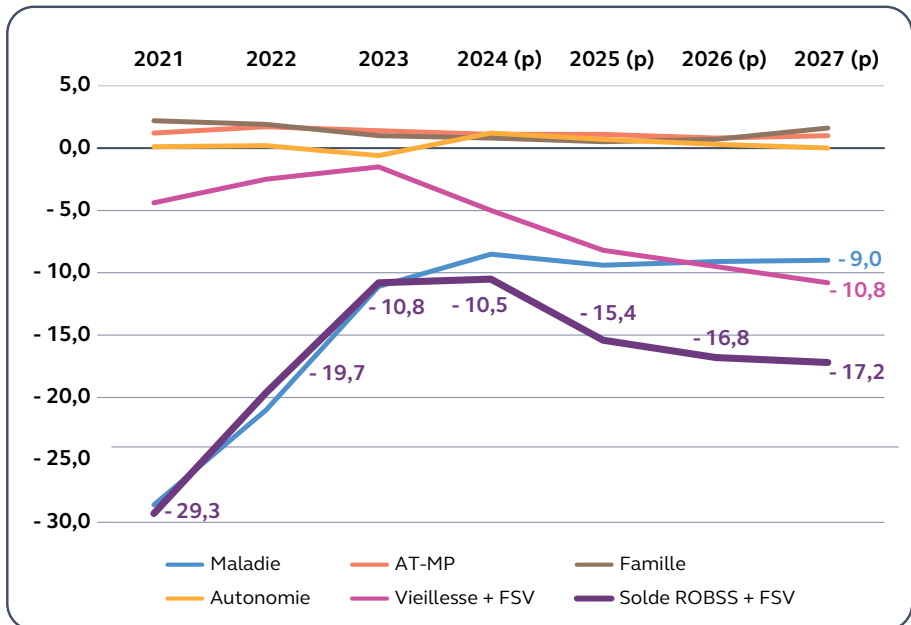
Pour le futur, la LFSS 2024 a abaissé les perspectives financières de la sécurité sociale. La trajectoire de la LFSS 2023 prévoyait une stabilisation et une légère amélioration en fin de

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

période. La trajectoire de la LFSS 2024 montre une dégradation continue, avec un déficit qui atteindrait 17,2 Md€

en 2027, sans plus de perspective de stabilisation et encore moins de retour à l'équilibre.

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 creusement de ce déficit serait causé par celui de la branche vieillesse et du FSV, qui passerait de 1,5 Md€ en 2023 à 10,8 Md€ en 2027. En effet, 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. Par ailleurs, la situation financière de la caisse nationale de retraites des agents¹ des collectivités locales (CNRACL) deviendrait de plus en

plus préoccupante, avec un déficit qui augmenterait continûment sur la période pour dépasser 8 Md€ en 2027. Il représenterait à cette date les trois quarts du déficit de la branche et du fonds de solidarité vieillesse.

Le déficit de la branche maladie devrait être en parallèle ramené de 11,1 Md€ en 2023 à 9 Md€ par an de 2025 à 2027, sans perspective de retour à l'équilibre. Une telle évolution supposerait le maintien d'un

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

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

rythme de dépenses d'Ondam qui ne dépasserait pas 3,0 % par an. 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.

Enfin, cette trajectoire repose sur des hypothèses macro-économiques optimistes selon le Haut conseil des finances publiques.

Un tel niveau de déficit est un point de bascule car le financement des déficits de la sécurité sociale n'est plus assuré à terme. Le solde de trésorerie net de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) est certes

devenu excédentaire de 4 Md€ en fin d'exercice 2023, grâce aux versements de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), et il devrait encore être à l'équilibre à la fin de l'exercice 2024. Cela s'explique par les délais de versement aux hôpitaux des montants prévus pour venir en aide aux établissements les plus en difficulté et pour financer les opérations d'investissement du Ségur. L'Acos porte ainsi près de 10 Md€ en trésorerie, destinés aux hôpitaux.

À plus long terme, la dette sociale, qui doit désormais prendre en compte les déficits cumulés de la CNRACL, va recommencer à croître pour dépasser 163 Md€ en 2027.

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

Surtout, elle sera de plus en plus supportée par l'Acos au titre des déficits cumulés du régime général (42 Md€ en 2027) et des avances versées à la CNRACL (28 Md€ en 2027). Or l'Acos ne peut légalement emprunter à plus d'un an, ce qui placerait la sécurité sociale en situation de grande fragilité financière.

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'Acos postérieurs à 2023. La durée des emprunts serait allongée de ce fait mais le niveau des déficits deviendrait tel, en l'absence d'un plan crédible de retour à l'équilibre des comptes,

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

qu'une prolongation indéfinie de la durée de vie de la Cades permettrait à peine de stabiliser la dette sociale à son niveau actuel et non plus de la réduire.

La trajectoire actuelle est devenue, de ce fait, insoutenable et il est impératif de mettre en œuvre des réformes telles que celles préconisées dans les chapitres thématiques de la deuxième partie de ce rapport.

Annexe : avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2023

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

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

La Cour a constaté qu'elle était dans l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille. Par rapport à 2022, année où la Cour a refusé de certifier les comptes de cette branche, certains progrès ont été

constatés dans le contrôle interne mais ils ne se traduisent pas encore par une amélioration de la qualité des comptes, telle que mesurée par les indicateurs de risque financier résiduel après supervision de l'ordonnateur et contrôle du directeur comptable et financier sur les mises en paiement des prestations. L'indicateur de risque résiduel à 24 mois présente ainsi en 2023 un total d'erreurs estimées à 5,5 Md€, contre 5,8 Md€ en 2022.

Sous ces observations, et les opinions qu'elle a émises sur les comptes du réseau des Urssaf et des autres branches de prestations du régime général de sécurité sociale, la Cour estime qu'à travers ses tableaux d'équilibre et son tableau patrimonial, le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023 fournit une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde de la sécurité sociale, ainsi que des actifs et des passifs des entités comprises dans les champs respectifs à ces tableaux.

La Cour réitère les recommandations des années précédentes sur la nécessité de mieux formaliser les retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre et de mettre fin aux contractions de

produits et de charges. Elle demande par ailleurs une anticipation de dix jours de la production des comptes, en cohérence avec le raccourcissement de la date de production des annexes aux comptes opéré en 2024.

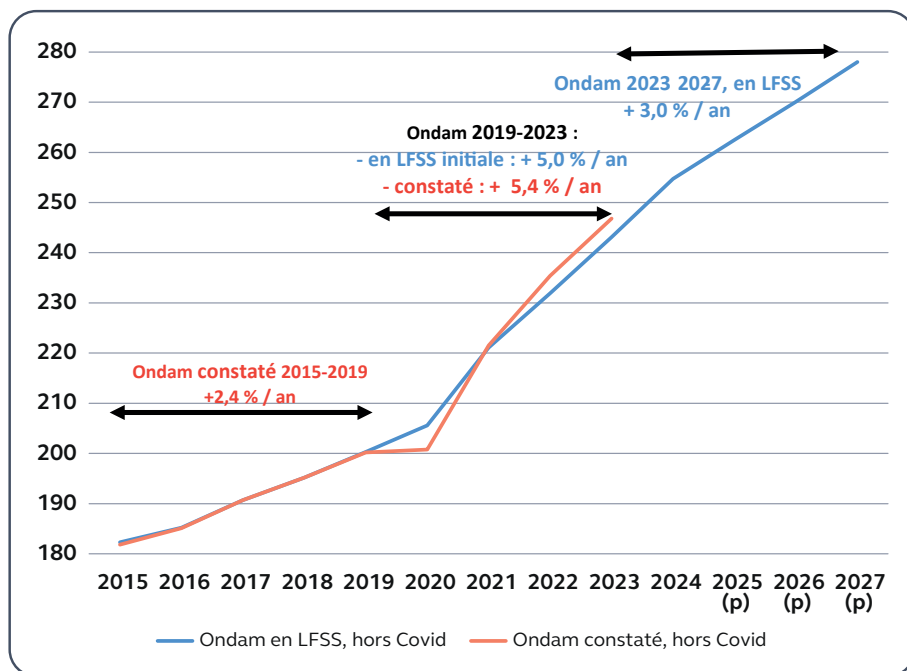
Une perte de maîtrise des comptes sociaux

2 - L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2023

Les dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ont fortement

augmenté, passant de 200,4 Md€ en 2019 à 246,8 Md€ en 2023² hors dépenses liées à l'épidémie de covid 19, soit une progression de 5,4 % par an. La progression était de 2,4 % par an sur la période 2015-2019.

Évolution dépenses d'Ondam hors covid en LFSS et constatées (en Md€)



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

Un objectif non tenu de ralentissement des dépenses en 2023

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 loi de financement initiale était en hausse de 3,5 %, progression inférieure à l'inflation. Cela supposait que les économies associées à sa

construction soient effectivement mises en œuvre et qu'une attention particulière soit accordée à la régulation infra-annuelle.

L'Ondam a été révisé deux fois en cours d'année pour prendre en compte à l'hôpital des mesures salariales générales, la prorogation de la majoration des rémunérations

2. Il s'agit de données provisoires pour 2023. Les données définitives seront arrêtées en avril 2025 après prise en compte finale des remises sur médicaments.

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

d'horaires de nuit et de garde des personnels soignants et une rallonge financière allouée pour atténuer le déficit 2023 des établissements (2,2 Md€ au total). Par ailleurs, le sous-objectif des dépenses de soins de ville a été dépassé de 1,1 Md€, les plus fortes hausses se concentrant sur les honoraires de médecins spécialistes, les forfaits patientèle des médecins généralistes, les indemnités journalières et les transports sanitaires. Ces mesures n'ont pas été gagées par des économies. De ce fait, la progression de l'Ondam hors covid atteint provisoirement 4,8 % en 2023, soit autant que l'inflation révisée.

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€. Elle a compensé les dépassements sur le sous-objectif.

Un risque de dépassement supplémentaire demeure pour le constat final de l'Ondam 2023, lié à la contestation du montant des remises dues et de la clause de sauvegarde par des entreprises pharmaceutiques.

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

La LFSS pour 2024 a fixé l'Ondam à 254,7 Md€. Elle a intégré le dépassement de 2023 et a fixé la progression à 3,2 % (0,7 point de plus que la prévision d'inflation), ce qui traduit un certain relâchement de la contrainte financière.

La construction de l'Ondam 2024 intègre 4,6 Md€ de mesures nouvelles en dépenses³. Leur financement est couvert par des économies prévisionnelles (3,5 Md€) et par des mesures de gestion du risque (0,9 Md€) dont le montant, nettement plus élevé que les années précédentes, n'est pas assuré.

La situation financière des hôpitaux publics et des Ehpad reste par ailleurs préoccupante, avec des déficits de plus en plus élevés et des disparités importantes entre établissements, selon la manière dont ils parviennent à concilier l'évolution de leur activité et la croissance de leurs charges.

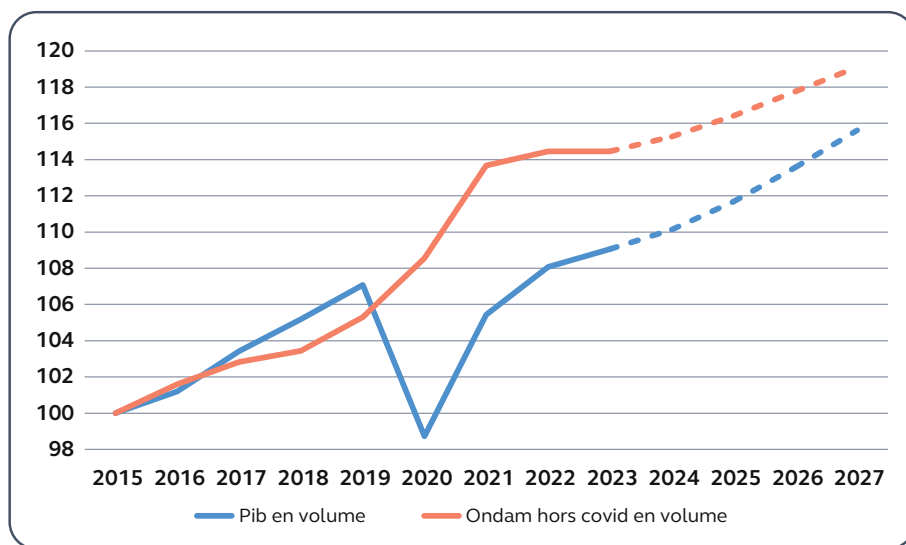
Les recettes atténuant les dépenses relatives aux produits de santé, qui ont déjà augmenté de 36 % en 2023, progresseraient encore de 13 % en 2024, soit 1,3 Md€. La réalisation de cet objectif pourrait néanmoins être fragilisée par l'assouplissement des règles de déclenchement des clauses de sauvegarde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

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. Compte tenu des prévisions d'inflation et de croissance, une progression de 3 % en 2025 puis de 2,9 % en 2026 et en 2027 serait un peu inférieure à celle du produit intérieur brut. Cela constitue une contrainte forte, qui implique des mesures d'économie d'ici à 2027.

3. Mesures salariales en faveur des personnels hospitaliers et médico-sociaux de la fonction publique, extension en année pleine des premières revalorisations des honoraires de médecins dans l'attente de la conclusion des négociations conventionnelles, attractivité des personnels des établissements de santé, mesures hors Ségur pour les établissements de santé et médico-sociaux.

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

Évolution de l'Ondam hors covid en volume comparée au PIB en LFSS 2024 (indice 100 en 2015)



Source : Cour des comptes à partir des LFSS

Pour autant, une telle trajectoire ne permettrait pas de résorber le déficit de la branche maladie mais seulement de le stabiliser à 9 Md€ en moyenne de 2024 à 2027. Ce déficit structurel, qui 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 ne pourra pas être résorbé sans des réformes profondes.

Il importe, au-delà, de prévoir 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 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.

Pour maîtriser l'évolution des dépenses de santé, 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 de l'Odam.

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

Recommandations

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 (*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*).

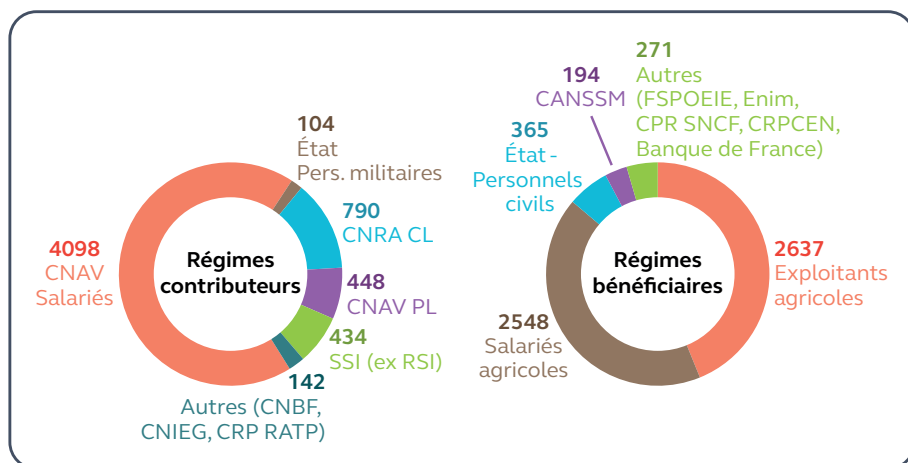
3 - La compensation démographique entre régimes de retraite : un dispositif complexe, artificiel et mal géré

La compensation démographique a été conçue en 1974 comme un dispositif transitoire de solidarité entre régimes de retraite pour financer les régimes ayant des ratios démographiques défavorables (salariés et exploitants agricoles, mines...). Il s'agit d'un

dispositif de solidarité minimale, fondé sur les montants les plus faibles en termes de cotisations versées et de prestations servies afin de ne pas se substituer aux efforts que doivent faire chacun des régimes de retraite pour revenir à l'équilibre. Dix-sept régimes de base participent au système, pour un montant total de 6 Md€ versés et perçus en 2022. La compensation est neutre sur les soldes de la branche vieillesse et de la sécurité sociale.

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

Transferts de compensation démographique entre régimes de retraite en 2022 (en M€)



Source : Cour des comptes

Si la compensation démographique apparaît équitable dans son principe et fait l'objet d'un fort attachement des parties prenantes, un contrôle de la Cour avait relevé en 2010 le caractère arbitraire de ses paramètres de calcul. Notamment, il existe deux niveaux de solidarité distincts, le premier entre régimes de salariés et le deuxième entre régimes de salariés et de non-salariés, aux montants de référence et aux règles de calcul différentes, sans justification convaincante. La Cour avait aussi relevé la place plus limitée prise avec le temps par ce dispositif, par rapport à d'autres mécanismes d'équilibrage des résultats à la logique différente, comme celui entre l'État et les régimes spéciaux, ou celui entre le régime général et le régime des salariés agricoles.

Le contrôle, qui porte sur la période de 2017 à 2023, a constaté l'accentuation du caractère arbitraire des règles de calcul de la compensation démographique, liée à une volonté

d'éviter les effets de transfert suscités par les réformes des régimes de retraite. Le régime social des indépendants a été ainsi maintenu fictivement pour le calcul de la compensation après son intégration au régime général en 2018. La fusion des régimes des artisans et des commerçants en 2018 n'a pas donné lieu à une modification du montant de la pension de référence des non-salariés, dont le montant est désormais figé et indexé sur l'inflation.

La réforme des retraites de 2023 conduit à la mise en extinction de quatre régimes spéciaux, qui ne participeront plus à la compensation démographique de ce fait (SNCF, RATP, industries électriques et gazières, mines). La Banque de France, enfin, est maintenue dans le dispositif alors que ses effectifs sont devenus réglementairement trop faibles.

À cela s'ajoutent des erreurs de calcul constatées par la Cour, notamment pour la correcte prise en compte des

Une perte de maîtrise des comptes sociaux

indépendants ayant eu également une activité salariée (plus de un million sont en double-compte). Enfin, la gestion du dispositif présente des lacunes importantes, avec une commission de suivi du dispositif prévue par la loi qui ne se réunit plus, n'a plus de président et ne produit pas de procès-verbal des consultations effectuées auprès de ses membres.

La Cour analyse trois scénarios d'évolution : une suppression de la

compensation démographique, remplacée par des règles d'équilibrage entre régimes plus limitées et plus simples, une réforme d'ampleur permettant de revenir à l'esprit originel de la loi, ou une modification limitée de certains paramètres. L'analyse conduit à écarter le scénario de la réforme d'ampleur, qui donnerait lieu à des transferts trop importants, et à privilégier le scénario de la suppression par rapport à celui de la réforme limitée.

Recommandations *(ministre du travail, de la santé et des solidarités, ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique)*

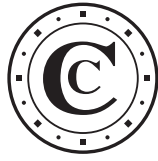
8. Supprimer la compensation et en tirer les conséquences pour les régimes les plus concernés (régime des exploitants agricoles, CNRACL) ;

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.

9. 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.



2 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.

1 - Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun

Les compléments aux salaires de base des salariés du secteur privé relèvent de cinq catégories : (1) la prise en charge par l'employeur de contrats de complémentaire santé, de prévoyance ou de retraite supplémentaire, (2)

des aides directes (titres restaurants, chèques vacances frais de transport domicile-travail, etc.), (3) des dispositifs de partage de la valeur créée par l'entreprise comme la participation, l'intéressement ou plus récemment les primes de partage de la valeur, (4) les heures supplémentaires, (5) les indemnités de rupture du contrat de travail. Ils atteignent au total 87,5 Md€ en 2022 et complètent les salaires de base de 13,2 %.

Ces compléments ont pour caractéristique commune d'être exemptés de cotisations sociales et pour certains de cotisation sociale généralisée, sauf les heures supplémentaires qui sont exonérées et qui sont donc créatrices de droits à retraite. La perte de recettes subie par la sécurité sociale pour les exemptions est en partie compensée par des taxes, dont le champ et les taux appliqués sont variables selon les compléments exemptés, ce qui rend la compréhension de ces régimes dérogatoires particulièrement complexe.

Les compléments de salaire ont été récemment renforcés pour améliorer ou protéger le pouvoir d'achat dans le contexte de la crise des gilets jaunes, de la crise sanitaire puis de la reprise de l'inflation. Le régime social des heures supplémentaires a

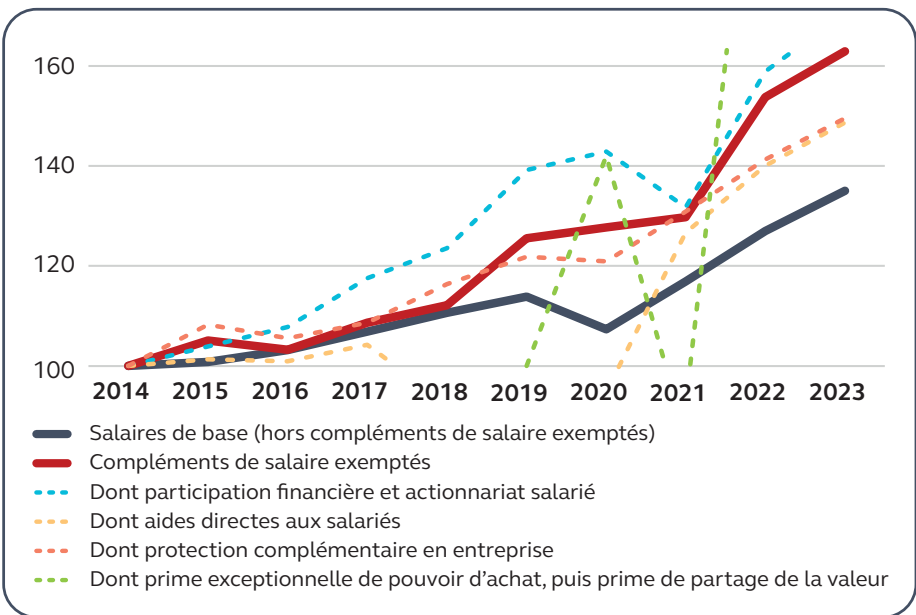
Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

été allégé, des primes à l'appréciation de l'employeur ont été créées (prime exceptionnelle de pouvoir d'achat puis prime de partage de la valeur), les plafonds ont été relevés (titres restaurants, primes de transport) et l'accord national interprofessionnel du 29 novembre 2023 oblige désormais les entreprises profitables de dix salariés et plus à mettre en œuvre un dispositif de partage de la valeur.

Parallèlement, le rendement des taxes compensatoires a été réduit, notamment en faveur des petites entreprises.

Les compléments de salaire se sont en partie substitués aux salaires depuis 2018, avec une progression des versements qui a été quasiment deux fois plus rapide (+ 7,8 % par an contre 4,1 % par an).

Évolution relative des versements de salaires de base et de compléments de salaire exemptés dans le secteur privé (base 100 en 2014)



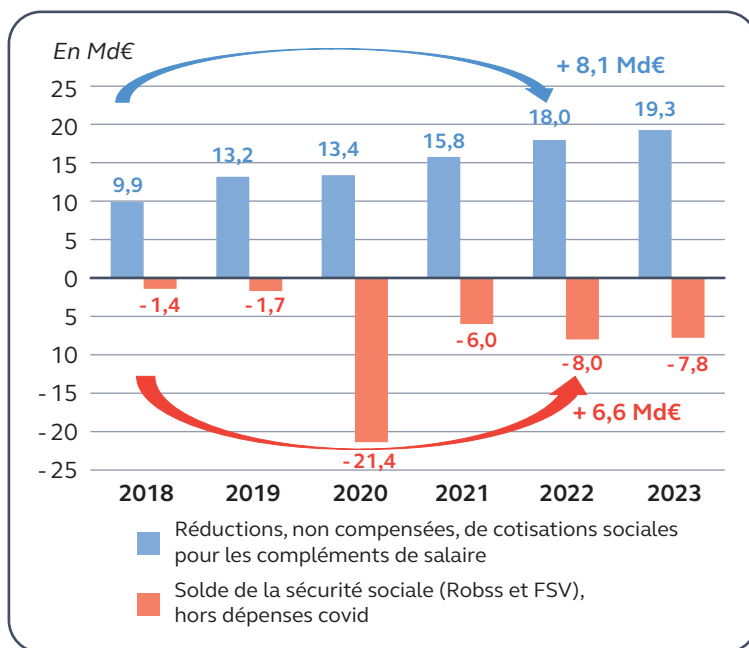
Sources : PLFSS pour 2024, annexe 4 (tableau 9, p. 34), Placss 2022, annexe 2 (tableau 7, p. 35) et rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale financement (tableau 1, p. 95), déclarations sociales nominatives

En conséquence, les pertes de recettes induites pour la sécurité sociale entre 2018 et 2022 ont atteint 8,1 Md€,

montant supérieur à la dégradation des déficits sociaux hors covid (6,6 Md€).

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Évolutions comparées de la perte de recette liée aux compléments de salaire et du déficit de la sécurité sociale hors covid



Source : Cour des comptes

En outre, les dispositifs de partage de la valeur sont concentrés sur les grandes entreprises et sur les salaires les plus élevés. Les entreprises de plus de 2 000 salariés versent 43 % de l'intéressement et 32 % de la participation alors qu'elles pèsent pour 21 % de la masse salariale du secteur privé. Les 11 % de salariés qui perçoivent plus de trois fois le smic perçoivent 18 % de la participation et de l'intéressement, 27 % des plans d'épargne-entreprise. Seulement 0,3 % des salariés reçoivent des actions

gratuites. La prime de partage de la valeur apparaît plus équitablement répartie par tailles d'entreprises et par niveaux de salaires mais elle s'est largement ajoutée aux dispositifs existants : 44 % des versements ont été cumulés avec de l'intéressement et de la participation.

La Cour recommande donc, dans un contexte de déficit croissant de la sécurité sociale, de revenir vers des conditions de droit commun pour ces dispositifs dérogatoires.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Recommandations *(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 %.

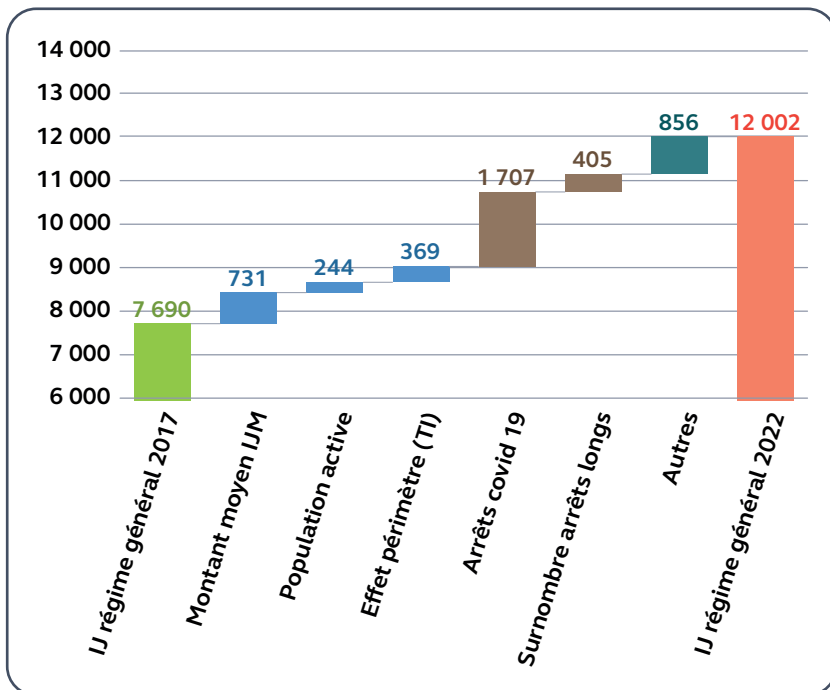
14. Afin de limiter les effets de cumul des exemptions de cotisations sociales et de substitution sur le long terme aux salaires de base, abaisser les plafonds d'exemption des compléments de salaire de partage de la valeur en entreprise en les alignant sur ceux de la prime de partage de la valeur.

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

L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie repose sur des règles anciennes et complexes. Elle est partagée à parts égales entre la sécurité sociale (12 Md€ en 2022) et les entreprises (11,6 Md€).

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Décomposition des facteurs d'augmentation de la dépense de 2017 à 2022 (en M€)



Source : Cour des comptes

Pour lutter contre la vive progression de cette dépense, la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) applique deux stratégies principales : la lutte contre les faux arrêts de travail et un contrôle renforcé des conditions de prescription des médecins.

Les efforts ont surtout été conduits au plan informatique avec la dématérialisation des attestations de salaires par les entreprises et des arrêts de travail par les médecins. Le nombre de médecins qui recourent encore à des arrêts-papier est toutefois encore trop élevé : un tiers des actes en 2023. La généralisation des télétransmissions donnerait un coup d'arrêt aux fraudes mais la Cnam préfère privilégier l'incitation. La Cour

recommande d'y ajouter un régime de sanctions si la télétransmission ne progresse pas au rythme attendu.

Concernant les conditions de prescription, des réformes ont été conduites dans l'organisation du contrôle médical et dans les outils de contrôle afin de mieux cibler les médecins surprescripteurs. Les pratiques des médecins peuvent être comparées aux référentiels de prescription de la Haute autorité de santé afin de détecter précocement les cas de sur-prescription et d'engager un dialogue sur leurs causes. L'objectif serait, pour le service médical de l'assurance maladie, de graduer les actions avant de déclencher les procédures lourdes de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Ces deux leviers ne sont toutefois pas suffisants. Pour réellement réduire la dépense, deux leviers supplémentaires doivent être actionnés.

Le premier serait de simplifier une réglementation devenue trop complexe avec la diversification des situations d'emploi, notamment pour le calcul des indemnités dues aux personnes en situation d'intermittence, qui cumulent plusieurs activités, ou sont au chômage. La Cour a estimé les coûts de gestion à 400 M€ par an. La complexité de la réglementation est à la source de nombreuses erreurs et de retards croissants dans les liquidations. Si des progrès sont mis en œuvre en matière informatique, les conditions d'ouverture des droits et les modalités de calcul du revenu de référence pourraient être simplifiées.

Le deuxième levier porte sur la répartition de la prise en charge entre l'assurance maladie, les entreprises et les salariés.

Le rapport chiffre plusieurs mesures possibles : une réduction de la durée maximale d'indemnisation de trois à deux ans associée à une meilleure prise en charge des pathologies chroniques, un arrêt de l'indemnisation des arrêts de travail de moins de huit jours, une augmentation du délai de carence de trois à sept jours, un jour de carence d'ordre public compensé par une baisse du taux de prise en charge par l'assurance maladie. L'économie attendue pour l'assurance maladie irait de 500 M€ à 1 Md€ par an selon la ou les mesures retenues. Les effets seraient différenciés selon les catégories de salariés et d'entreprises et leur mise en œuvre devrait donc être précédée d'une concertation avec les partenaires sociaux.

Recommandations

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 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*).

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

3 - Les médicaments anticancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants

Le recours à des médicaments innovants dans la lutte contre cancer s'est beaucoup développé depuis les années 2000. La dépense pour l'assurance maladie, en forte croissance, a atteint 5,9 Md€ en 2022, 2,4 Md€ après déduction des remises versées par les laboratoires. Le coût des molécules varie de 3 000 à 27 500 € annuels pour les dix plus courantes. Il peut aller jusqu'à 400 000 € pour une perfusion de récepteurs d'antigènes chimériques, dits cellules CAR T.

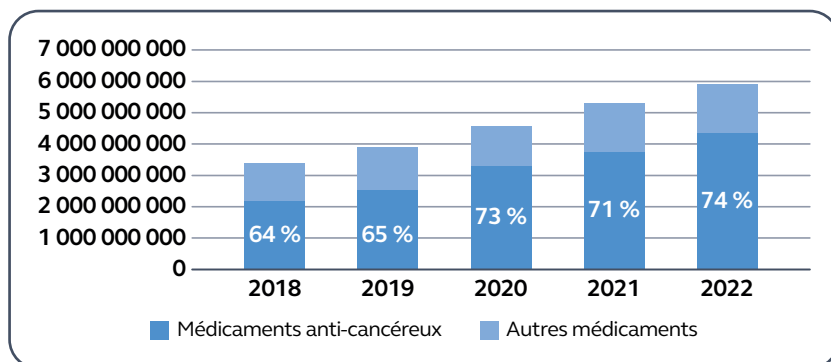
Ces nouveaux médicaments ont pour caractéristique commune de cibler, pour chacune de leurs indications, un nombre de patients restreint, dont les cellules ont les mêmes anomalies moléculaires. Ils sont de plus en plus largement prescrits (19 % des prises en charge), apportent des bénéfices substantiels (amélioration de 21 points du taux de survie à 5 ans du cancer de la prostate par exemple). Ils ne remplacent pas les traitements classiques mais s'y ajoutent.

La rapidité de ces innovations, leur coût élevé et le faible nombre des populations ciblées posent de redoutables difficultés aux procédures d'essai clinique et de négociation de prix : les études présentées par les laboratoires ne sont pas suffisantes pour s'assurer d'une amélioration du service rendu car elles sont établies sur des effectifs et selon des méthodes qui ne garantissent pas que les traitements proposés sont meilleurs que les traitements existants. L'administration a donc mis en place des procédures dérogatoires, dites d'accès précoce, dans l'attente de l'évaluation complète de la molécule et de la négociation de son prix.

Les médicaments sont alors rendus accessibles sur la « liste en sus » des hôpitaux et leur sont remboursés spécifiquement sur la base du prix demandé par le laboratoire, sans négociation. La liste en sus comptait 72 médicaments anti-cancéreux en 2022, soit 37 % des médicaments de la liste mais 70 % de ses dépenses. Leur coût a doublé entre 2018 et 2022, à la fois du fait de la hausse du nombre de bénéficiaires et de la hausse du coût des prises en charge avec l'introduction de nouvelles molécules.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

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 de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, programme de médicalisation des systèmes d'information (Institut national du cancer)

Une commission de la Haute autorité de santé (HAS) procède à des évaluations médico-économiques, qui estiment les coûts et les économies induits pour l'assurance maladie par la nouvelle molécule lorsqu'elle modifie l'organisation des soins ou les pratiques professionnelles. Ces évaluations sont toutefois peu utilisées pour la négociation des prix car elles s'appuient sur les dossiers d'évaluation des industriels. En Angleterre, une agence procède elle-même à ces analyses en recourant à un réseau étendu de centres universitaires et d'organismes de recherche indépendants. En reproduisant ce modèle, la HAS pourrait s'ouvrir aux universités pour la production d'études médico-économiques indépendantes des laboratoires pharmaceutiques.

Le recours à des analyses indépendantes permettrait également d'utiliser dans la négociation de prix un indicateur qui met en rapport le

surcoût revendiqué du médicament et ses résultats en termes de nombre d'années de vie gagnées en bonne santé. Le but serait de faire converger cet indicateur vers des valeurs acceptables pour la collectivité.

Les études cliniques ne devraient pas être la seule source pour évaluer ces médicaments. La France devrait, comme les pays nordiques, mettre en place un registre commun à tous les médicaments anti-cancéreux de la liste en sus pour observer leur efficacité à plus long terme dans la vie réelle. Un tel registre serait onéreux. Il pourrait être financé par les entreprises pharmaceutiques en contrepartie de l'inscription de leur molécule sur la liste en sus.

Enfin, les prix devraient pouvoir être renégociés lorsque de nouvelles études, notamment issues de conditions en vie réelle, montrent des résultats inférieurs à ceux attendus.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Recommandations

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*).

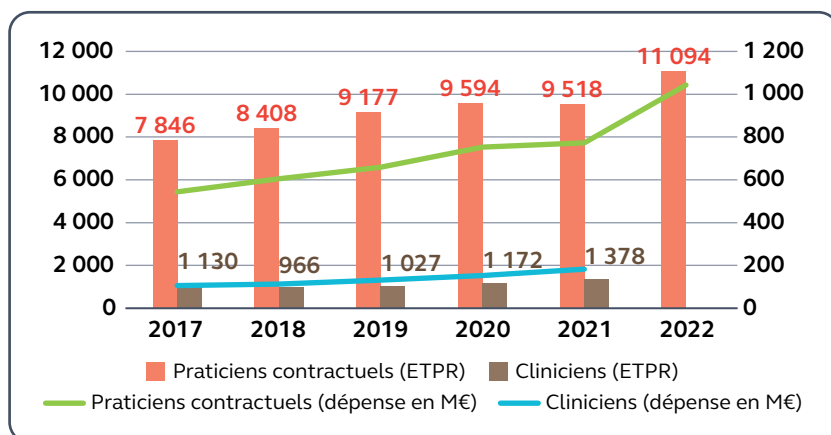
4 - Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées

Ce chapitre du Ralfss fait suite à une demande formulée dans le cadre de la consultation organisée sur la plateforme de participation citoyenne. Il montre que, si le recours

à l'intérim est resté limité dans les hôpitaux publics, d'autres formes de contrats d'emplois temporaires se sont beaucoup développées, dans un contexte de pénurie de médecins. 11 % de l'effectif des médecins dans les hôpitaux publics est constitué de praticiens contractuels. Leur progression est rapide : + 27 % entre 2017 et 2022.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Évolution des emplois temporaires de contractuels à l'hôpital public et de leur coût associé (en M€)



Source : Cour des comptes

Le développement du recours à du personnel temporaire est particulièrement important dans les petits hôpitaux (30 % de l'effectif de médecins contre 6 % dans les centres

hospitaliers universitaires), le recours à ces contrats étant souvent la seule solution pour assurer la permanence des soins.

Taux de recours au personnel temporaire (2017-2021)

Catégories d'établissements ⁴	2017		2021	
	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

4. Classification des hôpitaux publics selon le montant total des produits inscrits au compte de résultat.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Leur niveau de rémunération est supérieur aux plafonds réglementaires avec, à nouveau, des niveaux de rémunérations plus élevés dans les plus petits hôpitaux (écart de 62 % par rapport aux CHU). Les montants payés à des médecins contractuels au-delà des plafonds réglementaires se sont élevés à 180 M€ en 2021. Les hôpitaux ont aussi payé pour 160 M€ de contrats d'intérim par des entreprises de travail temporaire et 320 M€ d'heures supplémentaires à leurs médecins.

Les effets négatifs du développement du personnel temporaire ne sont pas que financiers. Ils se traduisent par une perte d'attractivité pour le statut de praticien hospitalier, les praticiens hospitaliers peuvent moins facilement concilier vie professionnelle et personnelle que les praticiens contractuels, tout en étant parfois moins bien rémunérés. En termes de qualité des soins, la plus grande instabilité des équipes médicales fragilise le fonctionnement des services. Le développement du recours aux emplois temporaires n'a, enfin, pas empêché la fermeture croissante de services, notamment 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 par les pouvoirs publics, faute de capacités d'apprécier au plan local ses possibles conséquences

dommageables sur la continuité des soins. L'article 33 de la loi n° 2021-52 du 26 avril 2021, dite loi Rist, a ainsi confié au comptable public la nouvelle mission de vérifier le respect des plafonds réglementaires pour les contrats d'emplois temporaires. Ce cadre de régulation plus strict n'est toutefois appliqué que depuis avril 2023, après la réalisation de diagnostics territoriaux, et seulement aux nouveaux contrats.

La création en parallèle de la prime de solidarité territoriale, versée aux praticiens hospitaliers qui s'engagent dans un établissement autre que celui auquel ils sont rattachés au-delà de 48 heures hebdomadaires, a un bilan mitigé, pour un coût de 66 M€ en 2021.

Pour que la régulation du recours à l'emploi temporaire soit plus efficace, elle ne doit pas être conduite seulement à l'échelle des hôpitaux mais s'inscrire dans une stratégie de réorganisation territoriale de l'offre de soins fondée sur des seuils d'activité minimaux par sites géographiques. La reconstitution d'équipes médicales de taille suffisante est en effet une condition essentielle de la sécurité et la qualité des soins. Elle doit guider les agences régionales de santé et les groupements hospitaliers de territoires dans la définition et l'application d'une stratégie de renforcement de la robustesse des organisations de permanence des soins et de regroupement de l'offre de soins.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Recommandations

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*).

5 - La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes

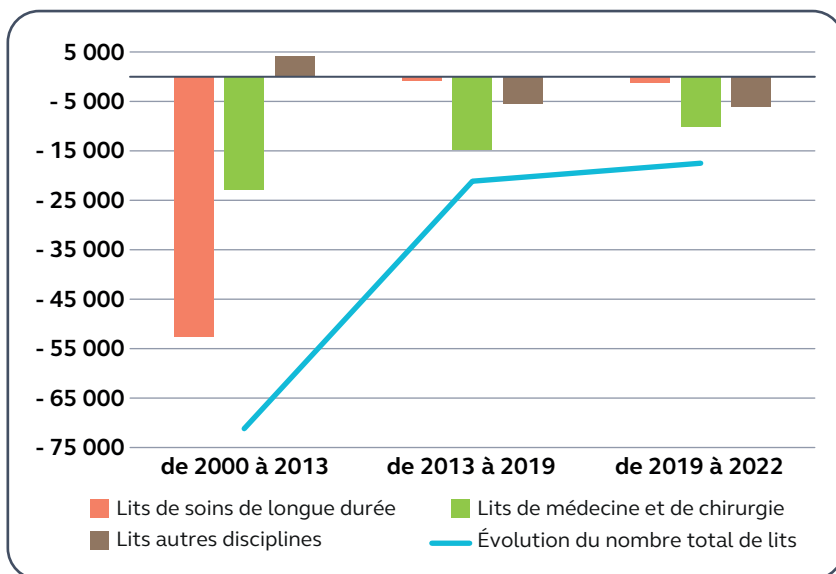
La réduction du nombre de lits à l'hôpital a été le résultat d'une stratégie volontariste des pouvoirs publics. De 2000 à 2013, elle a été principalement la conséquence de la transformation de lits de soins de longue durée en lits d'Ehpad. Depuis 2013, elle est liée à la montée en

puissance de la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'à des progrès médicaux et organisationnels.

En conséquence, le nombre de nuitées d'hospitalisation s'est fortement réduit en chirurgie (-3,7 millions). En médecine, il s'est faiblement accru (+ 0,3 million) en raison de la progression de la population et de son vieillissement, et d'une progression plus faible de l'ambulatoire.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Évolution du nombre de lits total à l'hôpital et par discipline



Source : statistique annuelle des établissements 2000-2022 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, traitement Cour des comptes

Un plan de performance a été appliqué aux hôpitaux publics entre 2013 et 2019, visant à s'assurer que la réduction du nombre de nuitées en chirurgie était effectivement accompagnée des fermetures de lits correspondantes et de restructurations. Les tarifs versés par l'assurance maladie aux hôpitaux ont été réduits de 800 M€ entre 2013 et 2019 pour compenser les économies prévues mais le montant des économies effectivement réalisées n'a pas été mesuré. Celles-ci ne sont pas apparentes dans les comptes des hôpitaux publics, qui ont, par ailleurs, été peu restructurés.

Par comparaison à la moyenne des autres pays européens, la France a un ratio de lits hospitaliers en médecine

et en chirurgie un peu supérieur mais il est inférieur à ceux de l'Allemagne et de l'Autriche.

Depuis 2020, les tensions croissantes sur les ressources en personnel soignant, auxquelles s'est ajouté le contexte de la crise sanitaire jusqu'en 2022, ont conduit de plus en plus d'hôpitaux à fermer des lits temporairement par manque de personnel. Le ministère de la santé éprouve des difficultés à prendre la mesure de ce phénomène en l'absence d'outil de recensement statistique précis. Il n'existe pas non plus d'outil consensuel permettant d'évaluer la charge en soins, c'est-à-dire les effectifs nécessaires pour effectuer les soins des patients qui occupent les lits. Or cette charge augmente avec

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

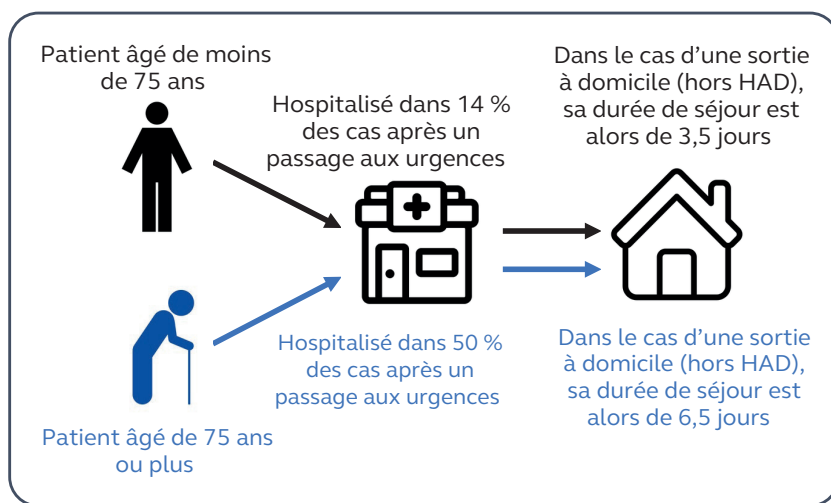
le développement de l'ambulatoire et la concentration de l'hospitalisation complète sur des cas plus lourds.

À l'avenir, les effets du vieillissement de la population ne permettront pas de poursuivre la stratégie de réduction du nombre de lits. La poursuite de la progression du recours à l'ambulatoire en chirurgie, qui pourrait atteindre 80 % des hospitalisations, ne compenserait qu'un tiers des besoins de lits liés au vieillissement, ce qui nécessitera de mieux coordonner les

professionnels de santé d'un territoire pour limiter les hospitalisations et fluidifier les parcours de santé afin que l'utilisation des lits réponde mieux aux besoins.

En particulier, le nombre de passages des patients âgés de 75 ans et plus dans les services d'urgence et d'hospitalisation doit être réduit par un renforcement de l'offre médico-sociale et de soins primaires dans les territoires sous-dotés.

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 du programme de médicalisation des systèmes d'information 2022

Depuis 2013, afin d'assurer une meilleure gestion du flux de patients au sein de l'hôpital et d'optimiser l'occupation des lits, le ministère a promu la mise en place de cellules de gestion des lits dans les hôpitaux. Leur rôle est de coordonner les

parcours, programmés ou non, depuis l'admission jusqu'à la sortie, afin notamment de mettre fin aux durées de séjour anormalement longues. Leur nombre reste toutefois trop faible et leur qualité n'est toujours pas suivie.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

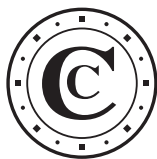
Recommandations

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*).



3 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).

1 - La qualité des services rendus par les caisses du régime général : simplifier les démarches et faciliter les contacts avec les usagers

Les indicateurs de suivi de la qualité du service rendu par les caisses maladie, famille et retraite montrent une satisfaction globale supérieure à 80 %. Ces résultats sont toutefois moins bons quand les usagers sont interrogés sur la qualité de leur relation avec la sécurité sociale.

Pour la branche maladie en particulier, l'indicateur est tombé de 71 % en 2018 à 53 % en 2022, avec un objectif de 82 %. Cette dégradation peut être

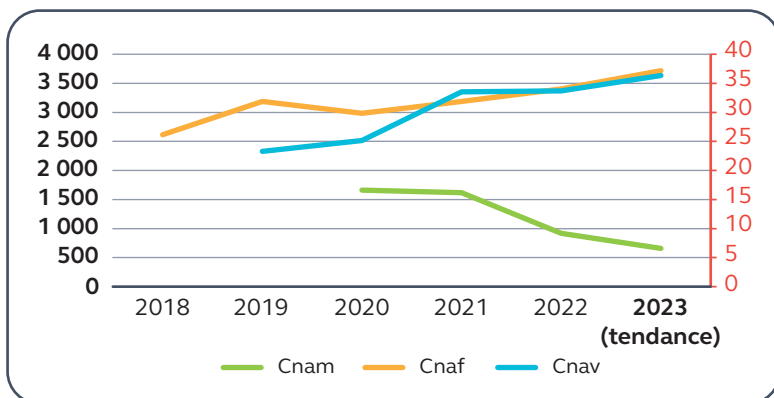
rapprochée du recul de 90 % à 63 % du taux d'appels téléphoniques aboutis, lequel tombe à 50 % en ignorant les réponses qui incitent seulement l'utilisateur à rappeler. La branche famille a suivi la même tendance jusqu'en 2021 mais à réalloué des moyens, ce qui a permis de remonter l'indicateur de satisfaction sur la relation téléphonique à 76 % en 2022. Elle conserve de mauvais résultats dans le traitement des courriels (46 % en 48 heures).

La plupart des délais de traitement administratif sont médiocres et en dégradation, qu'il s'agisse du versement de la première indemnité journalière maladie, du traitement des minima sociaux par la branche famille ou de la notification des droits avant le départ en retraite. Les démarches à accomplir sont souvent jugées complexes, avec des risques d'erreur et peu d'informations sur les moyens de les corriger.

Les informations fournies aux usagers sont fréquemment de mauvaise qualité (deux-tiers de réponses erronées selon une étude de la caisse nationale d'assurance maladie), ce qui conduit les usagers à réitérer leurs demandes et à une augmentation des réclamations (+ 30 % à la branche famille entre 2018 et 2022).

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

Évolution du nombre de réclamations par branches (en milliers)



Note : les valeurs pour la Cnav correspondent à l'échelle de droite, pour la Cnam et pour la Cnaf à l'échelle à gauche ; en 2022, on compte ainsi 34 000 réclamations à la Cnav et 3,4 millions à la CNAF.

Note : la diminution du nombre de réclamations à l'assurance maladie 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.

Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les caisses nationales

Pour améliorer la qualité des réponses, l'expertise des agents de premier niveau devrait être améliorée et des solutions de transfert immédiat au deuxième niveau ou de recours à l'intelligence artificielle devraient être expérimentées.

Les services numériques (internet et applications mobiles) se sont beaucoup développés, ce qui répond à la demande du plus grand nombre mais qui risque de laisser de côté ceux qui ne maîtrisent pas ces outils ou qui sont en situation de handicap si les téléprocédures ne leur sont pas adaptées. Toutes les demandes de prestations ne sont pas encore accessibles par téléservice et les procédures existantes ne permettent généralement pas aux usagers de suivre l'avancement de l'instruction de leur dossier.

Les flux d'appel téléphoniques ont beaucoup augmenté dans la branche famille et dans la branche maladie, moins à la branche vieillesse, qui recourt plutôt à l'échange de courriels. Ils constituent un point faible avec des temps d'attente qui augmentent et sont devenus trop longs (jusqu'à 14 minutes à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône).

Le nombre de points d'accueil physiques a beaucoup diminué, ce qui a été compensé par la prise de rendez-vous. Le recours aux espaces France services a aussi pu pallier ce reflux mais ces espaces éprouvent des difficultés à accéder aux caisses pour répondre à leurs questions.

Enfin, les branches mettent en œuvre des actions, notamment les accompagnements coordonnés pour

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

répondre à des événements de vie (séparation, perte d'un proche, etc.) et des opérations d'information contre le non-recours aux droits. L'extension du dispositif de ressources mensuelles devrait alléger les déclarations de revenus des allocataires, rendre plus efficient le calcul de leurs droits, réduire le non-recours et simplifier la gestion. Son déploiement au revenu de solidarité active et à la prime d'activité est prévu en 2024 après plusieurs reports. Il a vocation à être

généralisé à toutes les prestations sous conditions de ressources.

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.

Recommandations

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*).

2 - « Mon espace santé » : des conditions de réussite encore à réunir

« Mon espace santé » recouvre une réforme ambitieuse qui vise, après deux échecs, à mettre en œuvre, pour l'ensemble de la population, des dossiers médicaux partagés, alimenté par les hôpitaux publics, les cliniques

privées et les professionnels libéraux. Outre les services de carnet de santé électronique, de messagerie et de calendrier des soins, il est prévu d'y adjoindre des applications tierces, développées par des administrations publiques mais aussi par des entreprises privées, par exemple des services de télésurveillance médicale afin d'améliorer la prise en charge

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

des personnes atteintes de maladies chroniques.

L'objectif de ce projet informatique onéreux (700 M€ de coût direct et une part importante des 2 Md€ du Ségur du numérique en santé) est d'assurer un meilleur suivi de la santé des patients et de développer des politiques de prévention plus individualisées.

En 2022, 65,1 millions de comptes ont été ouverts et un important travail de mise à niveau des logiciels des professionnels de santé a été engagé afin d'alimenter automatiquement les dossiers médicaux partagés des patients.

Pour que le projet puisse réussir plusieurs conditions sont nécessaires.

Tout d'abord, il doit satisfaire à des contraintes de sécurité très strictes, au regard de la sensibilité des données traitées. Il s'agit de s'assurer que les données transférées par les applications tierces dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, respectent les règles européennes protectrices du règlement général sur la protection des données. Il importe aussi d'éviter les risques d'accès illégitime à des informations médicales sur les patients, sans contrarier la nécessaire fluidité du partage des données entre acteurs de santé. Pour cela, il est essentiel d'appliquer des règles d'authentification stricte et de traçabilité des accès.

La deuxième condition est celle d'une appropriation de « Mon espace santé » par les professionnels du soin libéraux et hospitaliers, puis par les patients. Sur ces plans, la montée en puissance du dispositif apparaît, pour

l'instant, en-deçà des attentes. Les professionnels de santé et les hôpitaux sont en principe obligés d'alimenter les dossiers médicaux partagés de leurs patients selon des référentiels définis. Cette alimentation s'accélère mais à un rythme qui reste inférieur aux objectifs du projet (148 millions de documents téléversés en 2023 au lieu de 250 millions prévus).

Au-delà de l'alimentation des dossiers, les freins à l'usage de « Mon espace santé » actuellement constatés chez les médecins libéraux et dans les hôpitaux doivent être levés. L'adhésion des patients ne pourra être confirmée que quand une proportion suffisante de la population aura activé son compte pour le consulter et l'utiliser. Seulement 15 % l'a fait en décembre 2023 sans qu'il soit établi si les personnes ayant procédé à cette activation sont celles pour qui le dispositif sera le plus utile : femmes enceintes, parents de jeunes enfants et malades chroniques. Une attention particulière devra être portée aux populations qui éprouvent des difficultés d'accès au numérique.

Enfin, les risques de dépassement des dépenses prévues sont importants en raison des coûts engagés récemment pour mieux prévenir les cyberattaques dans les hôpitaux, pour accélérer la transformation numérique des hôpitaux et pour développer l'alimentation des dossiers médicaux partagés par des personnels soignants au-delà des seuls médecins, qui pourront ainsi également accéder à leur contenu.

« Mon espace santé » constitue ainsi un projet de longue haleine, pour lequel l'adhésion du public et

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

des médecins reste encore comptée. Dans la mise en place d'un catalogue d'applications tierces référencées par l'État, il sera par ailleurs 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.

Recommandations

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*).

3 - Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter

Créé en 2016, le système national des données de santé (SNDS) est un ensemble de bases de données de remboursement, médico-économiques et cliniques. La Cour avait contrôlé son prédécesseur en 2016 et critiqué les freins mis à l'accès aux données pour la recherche et l'innovation. Depuis lors, l'État a affiché une forte ambition pour élargir les usages des données de santé, dans la

perspective d'un recours croissant à l'intelligence artificielle. Cette ambition s'est notamment matérialisée par la création d'un nouvel organisme public, la Plateforme des données de santé, également dénommée *Health data hub* dans ses communications à rayonnement international, dont le rôle est de mettre ces données à disposition des acteurs économiques et de la recherche.

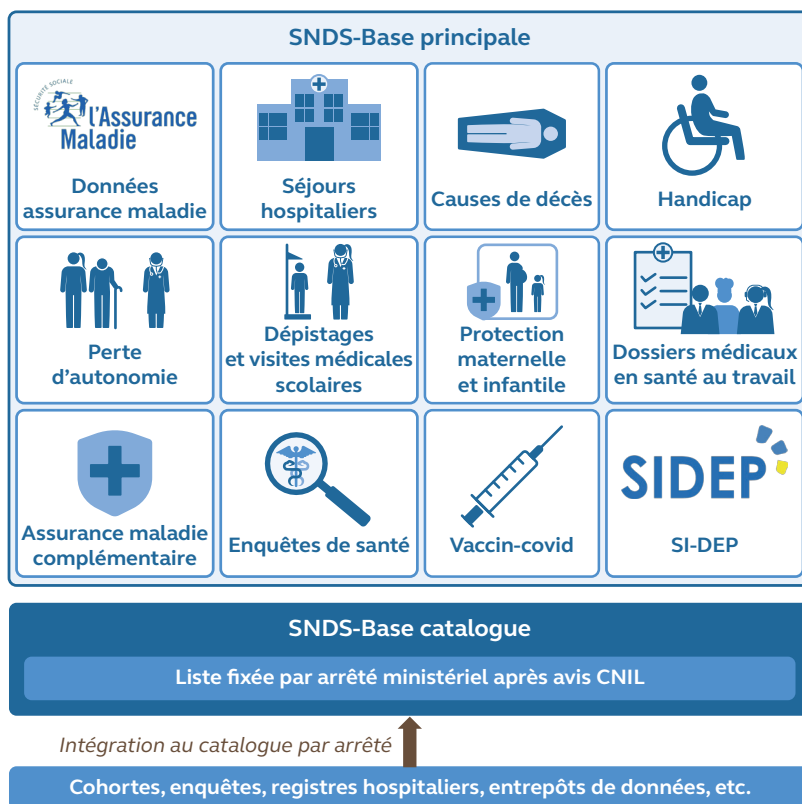
Un accès permanent aux données du SNDS a été donné à trente organismes ou catégories d'organismes publics depuis 2021 – qui n'utilisent d'ailleurs pas tous cet accès. Pour les autres,

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

les procédures ont été simplifiées, avec notamment une réduction des cas où l'autorisation préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés est

obligatoire. En termes de contenu, une loi a autorisé en 2019 des extensions de périmètre, notamment en données médico-sociales, d'assurance complémentaire et à contenu clinique.

Les composantes du système national des données de santé



Source : Cour des comptes

La situation reste toutefois insatisfaisante. En termes de contenu, aucune des extensions de périmètre prévues par la loi de 2019 n'a encore été réalisée. Pour l'assurance maladie complémentaire, le travail d'intégration n'a pas été engagé. Pour les entrepôts de données de santé déjà constitués dans les grands hôpitaux, un socle commun a été décidé en septembre

2023 mais aucune décision n'a été prise sur leur intégration dans le SNDS.

La procédure d'accès pour la recherche et les laboratoires est anormalement lourde et longue : le régime d'autorisation préalable par la Commission nationale de l'informatique et des libertés avec dérogations se démarque des choix retenus par

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

d'autres pays européens ; même quand l'autorisation préalable n'est pas requise, une minimisation des données demandées est souvent requise par la caisse nationale d'assurance maladie.

Surtout, la décision de la Plateforme des données de santé de recourir à une filiale d'une entreprise américaine pour héberger la copie de la base principale des données du SNDS afin d'en extraire les données requises, a été à l'origine d'un blocage qui perdure. Cette décision était motivée par le fait que seule l'entreprise choisie était en mesure de mettre en œuvre les fonctionnalités liées à l'intelligence artificielle. Toutefois, la Commission nationale de l'informatique et des libertés estime qu'avec cette solution technologique, le gouvernement américain pourrait accéder aux données du SNDS, même hébergées en Europe. La Plateforme des données de santé considérant qu'elle n'a pas d'alternative, la situation est bloquée.

Les demandes d'accès aux données restent donc adressées à la Cnam, qui gère la base principale des données du SNDS, ce qui ne correspond pas au schéma institutionnel légal. Même si la Cnam a fait des efforts importants pour s'adapter à la demande, elle répond

dans des délais trop longs et des conditions insatisfaisantes aux besoins des chercheurs et des entreprises. Les traitements de données saturent ses serveurs, qui ne pourraient pas prendre en compte une augmentation supplémentaire de la demande ni gérer l'extension des bases prévue. En conséquence, le nombre de demandes des acteurs privés en 2023 reste équivalent à ce qu'il était avant la loi de 2019, après avoir beaucoup baissé en 2021 et en 2022.

Le rapport de la mission Marchand-Arvier, publié en janvier 2024, recommande de mettre en œuvre une solution technologique relevant exclusivement du droit de l'Union européenne. Il estime qu'elle sera opérationnelle en 2026, ce qui est optimiste. Dans l'attente, il faudrait décharger la Cnam de la responsabilité de répondre aux demandes des acteurs privés, par exemple en créant une copie du SNDS qui ne réponde que partiellement aux fonctionnalités requises. À court terme, la Plateforme des données de santé devrait renforcer son soutien aux procédures mises en œuvre par la Cnam. En parallèle, les entrepôts de données hospitaliers devraient être intégrés dans le catalogue du SNDS.

Recommandations

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*

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

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).

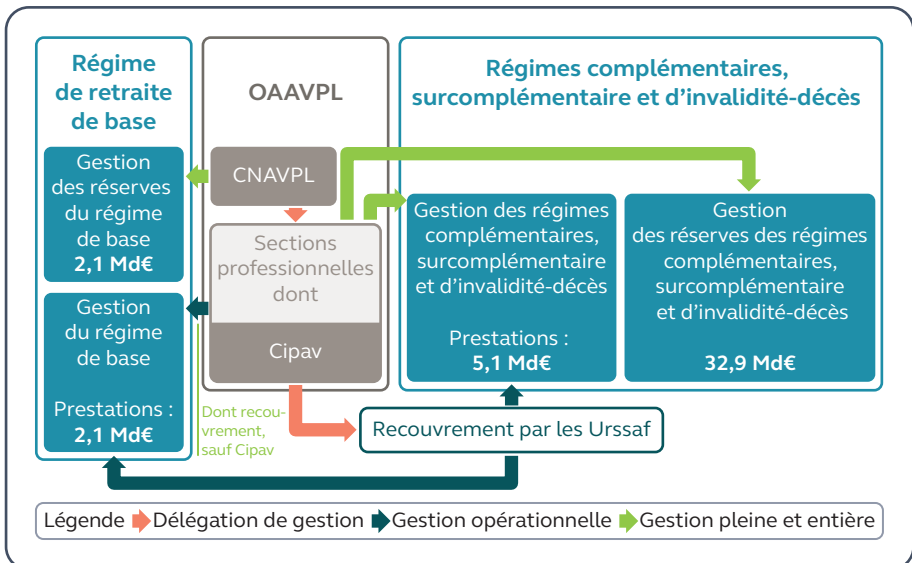
41. Intégrer dans le catalogue du SNDS le contenu du socle commun de données devant figurer dans les entrepôts de données de santé hospitaliers, en vue d'un hébergement sous la responsabilité de la Plateforme des données de santé (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Plateforme des données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

4 - La retraite des professions libérales : une organisation cloisonnée et peu efficace, une évolution nécessaire

La gestion de la retraite des professions libérales est assurée par la caisse nationale d'assurance vieillesse de ces professions, la CNAVPL, et ses dix sections professionnelles.

Celles-ci gèrent la retraite de base pour le compte de la CNAVPL et, de manière indépendante, des régimes de retraite complémentaire et d'invalidité-décès. Les pensions de base s'élèvent à 2,1 Md€ et les pensions complémentaires à 5,1 Md€ en 2022 pour 900 000 cotisants et 400 000 retraités. Les réserves sont de 35 Md€.

Organisation autonome de l'assurance vieillesse des professions libérales



Une qualité de service et une efficacité à renforcer

La Cour avait publié deux rapports très critiques sur la principale section professionnelle, la Cipav, qui regroupe des professions libérales nombreuses (architectes, ingénieurs conseil, experts, moniteurs de ski, etc.) en 2014 et en 2017. Le contrôle actuel porte sur les comptes et la gestion de la CNAVPL et de la Cipav, mais aussi de la Carmf (médecins libéraux) et de la Carpimko (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes).

Les professions libérales se caractérisent par leur diversité, des niveaux de revenus et de pensions en général élevés, et un âge de départ en retraite plus tardif, souvent lié aux conditions des régimes complémentaires. La Cipav inclut toujours l'essentiel des micro-entrepreneurs, les nouveaux étant désormais rattachés au régime général.

La CNAVPL doit en théorie animer, coordonner et contrôler les sections professionnelles, qui, en réalité, gèrent indépendamment leurs systèmes d'information, leurs marchés et leurs réserves. Elles ont leurs propres actions de lobbying auprès des pouvoirs publics, ce qui n'entre, en principe, pas dans leurs missions. Les conditions de répartition des dotations de fonctionnement entre sections professionnelles et de répartition des voix au conseil d'administration de la CNAVPL sont des sujets de conflits récurrents.

La gestion des réserves, en principe mutualisée, a été largement déléguée à des organismes tiers sans concertation d'ensemble sur les placements à réaliser. La Cipav a procédé à des cessions d'immeubles en gré à gré

selon des procédures qui n'ont pas préservé les intérêts patrimoniaux de la caisse.

L'exercice de la tutelle par l'État sur les sections professionnelles est resté distant. En son absence, les salaires sont élevés, ce qui limite les mobilités, et les coûts de gestion importants, notamment à la Carmf. Certaines rémunérations sont excessives.

La Cipav a vécu une grave crise de gouvernance dans un contexte de médiocre qualité du service rendu aux assurés, de climat social interne dégradé, de conflit ouvert avec la CNAVPL et de multiplication des contentieux. Cela l'a conduit à mener à bien depuis 2020 deux réformes majeures, le transfert de son activité de recouvrement au régime général et l'interfaçage de son nouvel outil de liquidation des pensions avec le répertoire de gestion des carrières uniques. Ces réformes ont permis une forte réduction de ses coûts de gestion, une amélioration de ses taux de recouvrement et une fiabilisation des données de calcul des droits à retraite. Les autres sections professionnelles s'engagent toutefois dans cette voie avec réticence car elles craignent une perte d'indépendance. Elles pourraient économiser de ce fait au moins 100 M€ par an.

Au final, si l'autonomie de gestion et l'autonomie financière reconnues à l'organisation autonome de l'assurance vieillesse des professions libérales 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

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

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 faiblesse de la capacité d'initiative et du pouvoir de contrôle de la CNAVPL, l'exercice distant de la tutelle, le fort attachement des sections

professionnelles 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. L'ensemble de ces constats souligne la nécessité d'une évolution profonde de toutes les sections professionnelles dans le sens d'un rapprochement par étapes avec le régime général.

Recommandations

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*).

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

5 - Les aides aux familles nombreuses : des dépenses stabilisées, une cohérence à améliorer

Les familles de trois enfants et plus comptent 16 % des familles mais le tiers des enfants.

Le montant des aides qui leur sont offertes atteint 30 Md€ en 2022. Elles incluent les prestations familiales (pour 11,7 Md€), le quotient familial de l'impôt sur le revenu (2,65 Md€), mais aussi des règles favorables en matière d'aides au logement (2,3 Md€), de retraites (10 Md€), de salaire dans la fonction publique (0,7 Md€ de supplément familial de traitement) et de transport (cartes familles nombreuses pour le train).

Dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques, les avantages accordés ont été progressivement réduits et le montant global des dépenses a stagné depuis dix ans. L'analyse détaillée des mesures conduit la Cour à formuler trois critiques principales.

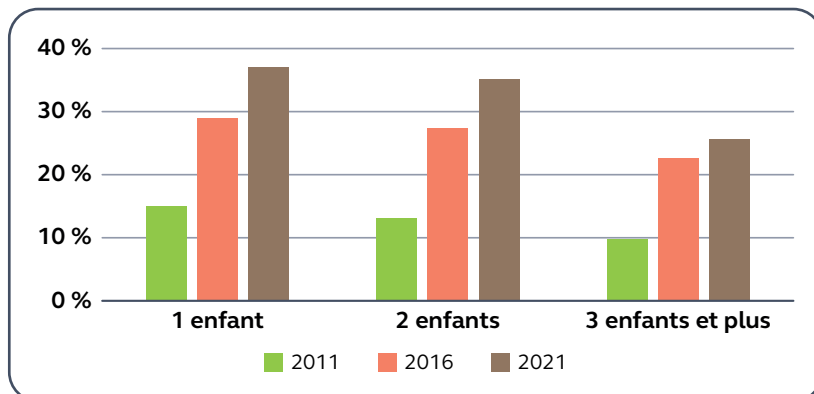
Tout d'abord, les règles d'octroi du complément familial, seule prestation spécifiquement consacrée aux familles nombreuses sous condition de ressources, sont incohérentes et mal articulées avec d'autres prestations familiales. En principe, le montant est

identique, quel que soit le nombre d'enfants à partir du troisième, et est dédoublé pour les familles aux plus faibles revenus. Le complément familial cesse toutefois d'être versé pendant trois ans à chaque naissance car il ne peut pas être cumulé avec une autre prestation, la prestation d'accueil du jeune enfant, versée jusqu'à trois ans, de même montant mais sans dédoublement. En conséquence, l'arrivée d'un nouvel enfant dans une famille nombreuse ne déclenche le versement du complément familial qu'à partir de trois ans et peut se traduire par des réductions de prestations perçues (hors allocations familiales) dans les familles de quatre enfants et plus.

Le deuxième problème concerne 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, qui sont très proches. Une famille avec trois enfants de moins de 14 ans dont le revenu dépasse 75 500 € annuels a perdu ainsi 4 360 € de ressources en 2021 par rapport à la même situation antérieure à 2013. En outre, en raison des règles d'indexation, un nombre croissant de familles nombreuses aux revenus intermédiaires est passé au-dessus de ces plafonds. Le nombre de familles nombreuses soumises au plafonnement du quotient familial a ainsi triplé en dix ans.

Une qualité de service et une efficacité à renforcer

Proportion de foyers fiscaux dépassant le plafond du quotient familial



Source : Cour des comptes

Enfin, les aides versées ne permettent pas de compenser les risques auxquels les familles nombreuses sont plus exposées que les autres (pauvreté, chômage, faible taux d'emploi féminin), notamment en raison de l'augmentation du nombre des familles monoparentales nombreuses.

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.

Recommandations (ministère du travail, de la santé et des solidarités)

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.

47. Clarifier les objectifs et les barèmes de ressources du complément familial, ainsi que sa coordination avec les autres prestations familiales.