

Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Synthèse

Octobre 2019

 **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 intégrées au rapport de la Cour.

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

Sommaire

1 La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer.7

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2018 : avis sur la cohérence 12

2 Les « niches sociales » : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager. 15

3 Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail 19

4 Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés 25

5 Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire 30

6 Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire. 36

7 Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins. 42

Sommaire

8 La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser.....	46
9 L'assistance médicale à la procréation : une efficience à renforcer.....	50
10 La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier.....	54

Présentation

Depuis le début des années 1990, la sécurité sociale connaît un déficit permanent, brièvement interrompu en 2000-2001, que la récession économique de 2009 avait porté à un niveau inédit. Sur le long terme, elle est confrontée à des enjeux de soutenabilité financière, liés à une croissance durablement ralentie, aux conséquences du vieillissement de la population sur les retraites et les besoins de prise en charge sanitaire, ainsi qu'à l'extension des pathologies chroniques.

En 2018, le déficit de la sécurité sociale a poursuivi la trajectoire de réduction engagée depuis 2011 et a pratiquement disparu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avait prévu un retour à l'équilibre à partir de 2019. Toutefois, à peine quelques mois plus tard, cette perspective se voit compromise. D'après le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, le déficit de la sécurité sociale remonterait à nouveau en 2019 et la réalisation de l'équilibre financier serait reportée à 2023.

Dans le prolongement de son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, prises dans leur ensemble (État, administrations sociales, collectivités locales)¹, comme de ses rapports des années antérieures sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour s'est attachée à approfondir la trajectoire financière de celle-ci au cours des années à venir.

Parvenir rapidement à un équilibre financier durable de la sécurité sociale, indépendamment des aléas de la conjoncture économique, est indispensable afin d'éteindre totalement la dette sociale liée aux déficits passés et d'éviter qu'elle ne se reconstitue au détriment des générations futures.

Compte tenu du niveau atteint par les prélèvements obligatoires, cet objectif implique un effort accru de maîtrise des dépenses, alors que ces dernières progressent tendanciellement plus vite que la croissance potentielle de l'économie, qui détermine l'évolution des recettes sociales à taux constant de prélèvement.

Rendre plus sélectif le recours aux revenus de remplacement versés par les assurances maladie et vieillesse, responsabiliser plus fortement les acteurs de notre système de santé à l'origine des dépenses d'assurance maladie, réduire les erreurs qui affectent trop fréquemment les prestations versées par les caisses de sécurité sociale et transformer la relation de service de ces dernières avec les assurés, grâce notamment aux outils numériques, sont autant de leviers à mobiliser pour parvenir à un équilibre financier durable de la sécurité sociale.

¹ Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.



1 La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer

Un quasi-retour à l'équilibre en 2018

En 2008, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)² atteignait 8,9 Md€. Les effets de la récession économique de 2009 sur les recettes de la sécurité sociale l'ont porté à un niveau inédit de 29,6 Md€ en 2010.

Entre 2011 et 2018, le déficit des régimes de sécurité sociale et du FSV s'est réduit de manière continue. Cela résulte de mesures d'augmentation des recettes jusqu'en 2014, d'une accélération de la progression spontanée des recettes à partir de 2015 et d'efforts de maîtrise des dépenses (réformes des retraites de 2010 et de 2014, réduction du taux de progression des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie - ONDAM, réforme des allocations familiales et de la prestation d'accueil du jeune enfant).

En 2018, le déficit des régimes de sécurité sociale et du FSV s'est

fortement réduit, à -1,4 Md€, dont -1,2 Md€ pour le régime général et le FSV, contre -4,8 Md€ et -5,1 Md€ respectivement en 2017.

Évolution du déficit agrégé du régime général et du FSV (2008-2019, en Md€)



Source : Cour des comptes, d'après les données du rapport de la CCSS de septembre 2019 et du PLFSS 2020.

Après la branche AT-MP (en 2013), la branche famille est revenue à l'équilibre en 2018, après dix années de déficit. Depuis 2016, la branche vieillesse est elle aussi à l'équilibre, mais l'ensemble constitué par la branche vieillesse et le FSV demeure en déficit (1,6 Md€ en 2018). Grâce en particulier à de nouvelles recettes en sa faveur, le déficit de la branche maladie a été fortement réduit (à 0,7 Md€ contre 4,9 Md€ en 2017).

² Qui finance une partie des droits non contributifs à la retraite.

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer

Le quasi-retour de la sécurité sociale à l'équilibre financier en 2018 traduit l'incidence d'une progression soutenue de la masse salariale (+3,5 %), sur laquelle reposent environ les $\frac{3}{4}$ du financement de la sécurité sociale, d'une forte hausse des prélèvements sur les revenus du capital, en lien avec l'instauration en 2018 du prélèvement forfaitaire unique (PFU), ainsi que de mesures d'augmentation des recettes (+1,6 Md€).

La dynamique des recettes a ainsi dépassé celle des dépenses, qui se sont cependant accélérées : à champ constant, elles ont augmenté de +2,4 % en 2018, après +2 % en 2017 et +1,6 % en 2016. Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM ont augmenté au même rythme qu'en 2017 (+2,2 %). En revanche, les dépenses d'assurance vieillesse ont progressé plus fortement (augmentation plus rapide des effectifs de retraités, effet en année pleine de la revalorisation des pensions en 2017).

Au lieu d'un retour à l'équilibre en 2019, puis d'excédents tendanciellement croissants, une nette détérioration du déficit de la sécurité sociale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (LFSS 2019) prévoyait un retour à l'équilibre de la sécurité sociale en 2019, pour la première fois depuis 2001, avec un léger excédent.

À partir de 2020, les régimes de sécurité sociale et le FSV devaient dégager des excédents croissants.

Ces excédents devaient permettre de conjuguer équilibre pérenne de la sécurité sociale (avec un léger excédent annuel, inférieur à 1 Md€), réaffectation à l'État d'une partie des recettes de TVA transférées à la sécurité sociale (à hauteur de 5 Md€ en cumul en 2022) et transfert de recettes de CSG à la CADES (à hauteur de 5 Md€ en cumul en 2022).

Le transfert de recettes de CSG à la CADES devait permettre à cet organisme de reprendre jusqu'à 15 Md€ de déficits dont le financement est assuré par des emprunts à court terme émis par l'ACOSS ; le solde des déficits financés par l'ACOSS (soit 8 Md€ environ) devait être amorti par les excédents du régime général et du FSV.

Ce scénario, qui prenait appui sur une hypothèse optimiste d'augmentation de la masse salariale (de +3,5 % à +3,8 % selon les années), est désormais caduc.

Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (PLFSS 2020), **le déficit du régime général et du FSV atteindrait 5,4 Md€ en 2019**, soit une dégradation de 4,2 Md€ par rapport à 2018 et de 5,5 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS 2019.

Deux facteurs, d'égale importance sur le plan financier, expliquent cet écart de **5,5 Md€** entre la prévision du PLFSS 2020 et celle de la LFSS 2019.

Il s'agit d'une part du coût (**2,7 Md€**) des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018 (rétablissement d'un taux de CSG de 6,6 % sur une

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer

partie des retraites et avancement au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération des cotisations salariales sur les heures supplémentaires), non compensé par l'État et, d'autre part, d'écarts par rapport aux prévisions de recettes et de dépenses prises en compte par la LFSS 2019 (**2,8 Md€**).

En recettes, il faut en particulier prendre en compte le fait que la masse salariale soumise à cotisation augmenterait moins que prévu (+3 % au lieu de +3,5 %), avec un impact de 1 Md€.

En dépenses, l'accélération de celles-ci (+2,5 % contre +2,4 % en 2018 et +2,1 % prévu à l'origine dans la LFSS 2019) dégraderait le solde de 1,4 Md€ par rapport à la prévision. À titre principal, le dépassement de la prévision concerne les retraites. En 2019, les dépenses d'assurance maladie resteront par ailleurs dynamiques : le niveau de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) adopté dans la LFSS 2019 correspond à un taux d'évolution des dépenses (+2,5 %) plus élevé que celui constaté pour 2018 (+2,2 %).

Au-delà de 2019, l'ensemble de ces facteurs ont conduit le Gouvernement, dans le PLFSS 2020, à **reporter à 2023 le retour à l'équilibre du régime général et du FSV** et à revenir sur les rétrocessions de TVA à l'État et les transferts de CSG à la CADES.

La perspective d'une poursuite de l'augmentation de la dette accumulée à l'ACOSS

Grâce aux ressources affectées à cet organisme (15,6 Md€ de CSG et CRDS en 2018 et un prélèvement annuel de 2,1 Md€ sur le fonds de réserve pour les retraites entre 2011 et 2024), la dette à amortir par la CADES se situerait fin 2019 à 89,3 Md€, sur 260,5 Md€ transférés à cet organisme depuis sa création en 1996.

À ressources inchangées, cette dette devrait être complètement amortie en 2024. La remontée prévisible du déficit du régime général et du FSV n'a pas d'incidence sur ce point. En revanche, elle éloigne la perspective d'une extinction progressive de la dette sociale maintenue à l'ACOSS.

La trajectoire financière du PLFSS 2020 conduit en effet à une nouvelle accumulation de déficits du régime général et du FSV (hors branche AT-MP) de près de 16 Md€ entre 2020 et 2022. C'est ainsi près de 46 Md€ que l'ACOSS devrait financer à court terme fin 2022, toutes choses égales par ailleurs, soit un niveau proche des 50 Md€ de besoin de trésorerie auquel l'ACOSS a dû faire face fin 2010, au pic des effets de la récession engendrée par la crise financière de 2008.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle intervient dans un contexte économique qui reste favorable.

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer

Une nécessaire inflexion du rythme de progression des dépenses

En l'espace de quelques mois, entre l'adoption de la LFSS 2019 et le PLFSS 2020, le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale se trouve décalé de quatre années.

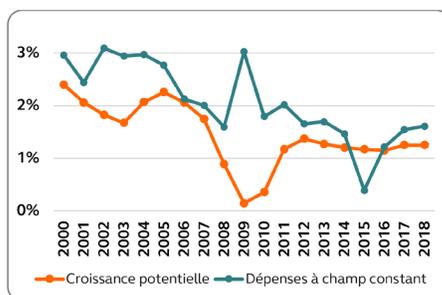
Un retour pérenne de la sécurité sociale à l'équilibre financier ne peut toutefois être assuré par un simple décalage temporel d'une trajectoire financière dont les paramètres en recettes et en dépenses seraient maintenus à l'identique.

En effet, un équilibre financier pérenne de la sécurité sociale nécessite un équilibre structurel, indépendant des incidences des variations de la conjoncture économique sur l'évolution des recettes. Or, selon l'estimation de la Cour, le régime général et le FSV connaissent encore un déficit structurel de 1 Md€ en 2018.

À défaut de mesures nouvelles en recettes - que rend difficile le niveau atteint par les prélèvements obligatoires -, la réalisation d'un équilibre financier structurel de la sécurité sociale nécessite de ramener la dynamique de ses dépenses à un niveau inférieur ou égal à celui de la croissance potentielle de la richesse nationale, à laquelle correspond le rythme de croissance tendancielle des recettes qui lui sont affectées.

Or, depuis 2000, et à l'exception de 2015, malgré les efforts d'économies menés depuis 2011, les dépenses de sécurité sociale à champ constant ont systématiquement crû plus vite que la croissance potentielle du PIB.

Évolution comparée du taux d'augmentation des dépenses des régimes obligatoires de base et du FSV et de la croissance potentielle du PIB (en volume, en %)



Source : Cour des comptes et programme de stabilité d'avril 2019.

Deux domaines présentent des enjeux particuliers pour le retour de la sécurité sociale à l'équilibre.

D'ici 2030, à politique inchangée, la situation financière du système de retraite est appelée à se dégrader. Selon les scénarios de gains de productivité du travail et d'autres hypothèses retenus par le Conseil d'orientation des retraites, le solde du système de retraite s'établirait entre -0,2 % et -0,8 % du PIB. Les dépenses rapportées au PIB resteraient stables ou croîtraient légèrement, tandis que l'évolution spontanée des recettes serait moins dynamique.

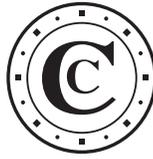
La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un retour à l'équilibre repoussé, une maîtrise des dépenses à renforcer

Depuis neuf ans, l'objectif national de dépenses (ONDAM) annuel est tenu. Cependant, étant donné les mesures d'augmentation des rémunérations versées à une partie des acteurs du système de santé (en application notamment de conventions conclues avec certaines professions), le retour à une hausse annuelle de 2,3 % à partir de 2020, après 2,5 % en 2019, suppose un net renforcement de la maîtrise des dépenses sur les autres postes.

Il importe aussi que l'ensemble des secteurs de la dépense, y compris les soins de ville contribuent en cours d'année à l'atteinte de l'ONDAM, alors qu'ils ont été à ce jour principalement exonérés (hormis le médicament). En outre, il convient que la tenue de l'ONDAM ne s'accompagne pas d'une remontée des déficits hospitaliers. Ces derniers avaient en effet quasiment doublé en 2017 (865 M€ contre 461 M€ en 2016), sans que leur réduction en 2018 (660 M€ selon des données provisoires) ne permette un retour à leur niveau antérieur.

Recommandations

1. Arrêter des mesures d'économies structurelles en dépenses permettant d'accélérer la trajectoire de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du FSV.
2. Dans le cadre d'une trajectoire financière révisée, définir un schéma d'extinction de la dette sociale maintenue à l'ACOSS.
3. Intégrer dans la construction de l'ONDAM un objectif de maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé (recommandation réitérée).



Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2018 : avis sur la cohérence

Le législateur a confié à la Cour la mission de vérifier la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs au dernier exercice comptable clos.

Ces tableaux, établis par le ministère chargé de la sécurité sociale, sont soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre des projets annuels de loi de financement de la sécurité sociale.

Dans le cadre de ses avis sur ces tableaux, la Cour s'assure de la conformité des informations qui y figurent avec les données comptables, de l'élimination des opérations réciproques entre organismes et, de manière générale, de la qualité de l'information communiquée au Parlement.

La Cour estime que, sous certaines observations, les tableaux relatifs à l'exercice 2018, qui sont soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, fournissent une représentation cohérente, d'une part des recettes, des dépenses et du solde (tableaux d'équilibre) et, d'autre part, des actifs et passifs (tableau patrimonial) des entités de sécurité sociale comprises dans leurs périmètres respectifs.

Les tableaux d'équilibre : la réduction du déficit des régimes et du FSV

Trois tableaux d'équilibre distincts, présentés par branche, retracent les produits (« recettes »), les charges (« dépenses ») et le résultat (« solde ») de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ils en constituent ainsi des comptes de résultat combinés.

Présentées sous la forme de montants globaux, les « recettes » et les « dépenses » sont détaillées dans une annexe au projet de loi annuel de financement de la sécurité sociale. Cette année, la Cour n'a pu cependant examiner le projet correspondant préalablement à son dépôt.

Les soldes portés dans les tableaux d'équilibre 2018 sont conformes aux données comptables et marquent une nouvelle réduction du déficit de la sécurité sociale :

- l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, FSV compris, ont dégagé en 2018 un déficit de -1,4 Md€ (contre -4,8 Md€ en 2017) ;
- le déficit du régime général, FSV compris, s'est réduit à -1,2 Md€ (contre -5,1 Md€ en 2017).

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2018 : avis sur la cohérence

En revanche, comme les années précédentes, les tableaux d'équilibre sont présentés avec des contractions de recettes et de dépenses, ainsi minorées par rapport aux comptes des régimes (de 15,8 Md€ pour l'ensemble des régimes de base, dont 14,4 Md€ pour le régime général).

Par ailleurs, la qualité des données comptables synthétisées dans les tableaux d'équilibre reste perfectible. En effet, des insuffisances persistantes du contrôle interne et des difficultés comptables sont à l'origine de l'expression de réserves par la Cour sur les états financiers des branches du régime général de sécurité sociale et par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes.

Ces insuffisances du contrôle interne se traduisent notamment par des fréquences élevées d'erreurs affectant les prestations versées.

Le tableau patrimonial : une nouvelle amélioration de la situation patrimoniale d'ensemble de la sécurité sociale

Le tableau patrimonial est un bilan combiné du régime général de sécurité sociale, des autres régimes, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Les actifs et les passifs retracés dans le tableau patrimonial 2018 sont conformes aux données comptables.

Le tableau patrimonial marque une nouvelle amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale :

- pour la cinquième année consécutive, la sécurité sociale, CADES et FRR y compris, dégage un solde positif (14,9 Md€ en 2018, après 12,6 Md€ en 2017). Depuis 2014, le déficit du régime général et du FSV est inférieur aux excédents dégagés par la CADES et, dans une moindre mesure, par le FRR. En 2018, l'écart correspondant a continué à s'accroître sous l'effet de la poursuite de la baisse du déficit du régime général et de celle de la hausse de l'excédent de la CADES ;
- sous l'effet de ce résultat positif, les capitaux propres négatifs agrégés de la sécurité sociale, reflet des déficits non encore amortis par la CADES, se réduisent à nouveau (-77 Md€ fin 2018 après -88,5 Md€ fin 2017) ;
- à nouveau, l'endettement financier net, qui correspond à la différence entre le passif³ et l'actif financiers⁴, diminue lui aussi (86,8 Md€ fin 2018 contre 102,9 Md€ fin 2017).

À un moindre degré que pour les tableaux d'équilibre, certaines réserves exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes sur les états financiers des régimes de sécurité sociale ont une incidence sur la qualité des données comptables intégrées au tableau patrimonial.

³ Pour l'essentiel, les dettes financières de la sécurité sociale sont portées par la CADES et par l'ACOSS.

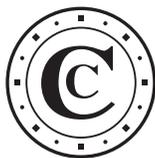
⁴ Pour l'essentiel, les actifs financiers sont détenus par le FRR et par la Banque de France, au titre du régime spécial de retraite de cette dernière.

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2018 : avis sur la cohérence

Recommandation

4. 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 (recommandation réitérée).



2 Les « niches sociales » : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager

À l'instar des dépenses fiscales pour les impôts d'État, les « niches sociales » désignent dans le langage courant les dispositifs dérogatoires d'assujettissement aux prélèvements sociaux qui en réduisent le rendement.

Il existe deux grandes catégories de dispositifs dérogatoires :

- les exemptions d'assiette, autrement dit l'exclusion totale ou partielle de certains éléments de rémunération de l'assiette soumise à prélèvement (ou l'application d'une assiette forfaitaire). Les exemptions visent généralement à promouvoir des formes particulières de rémunération ;

- les exonérations, c'est-à-dire des réductions de taux ou de montants. Elles visent généralement à réduire le coût du travail, par des allègements généraux de cotisations ou des exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité, zones géographiques ou publics particuliers.

Une multiplicité de dispositifs aux coûts souvent mal retracés

Depuis le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2006, l'objet et le coût des « niches sociales » dans

le champ des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont décrits dans un document particulier : l'annexe 5 aux PLFSS annuels.

Selon l'annexe 5 au PLFSS 2019, pas moins de 90 « niches sociales » s'appliqueraient aux recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV. Selon le tableau de synthèse de cette annexe, le coût prévisionnel des « niches » atteindrait **66,4 Md€** en 2019 (après correction de certaines erreurs matérielles).

Malgré des progrès, le recensement et le chiffrage du coût des dispositifs dérogatoires à l'annexe 5 fluctuent en fonction de la norme de référence retenue pour apprécier ces dérogations, ainsi que de l'application qui en est faite. Ils demeurent incomplets.

Sans prétendre à l'exhaustivité, tant ces dispositifs sont nombreux et souvent difficiles à chiffrer, la Cour évalue pour 2019 à plus de **90 Md€** le montant prévisionnel des principales exonérations et exemptions applicables aux recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV, dont 52 Md€ au titre des seuls allègements généraux de cotisations.

Les « niches sociales » : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager

L'écart entre ces deux chiffrages, soit environ 25 Md€, a des causes variées : absence de prise en compte des dispositifs relevant de politiques propres à la sécurité sociale⁵ ; absence de chiffrage de tout ou partie du coût de nombreux dispositifs ; minoration du coût des exemptions d'assiette ; absence de reprise dans le tableau de synthèse de l'annexe 5 du coût de certains dispositifs pourtant chiffrés.

S'y ajoutent au moins **17 Md€** au titre des régimes légalement obligatoires de protection sociale instaurés par les partenaires sociaux (retraites complémentaires des salariés et assurance chômage).

Bien entendu, les montants ainsi indiqués au titre des « niches sociales » correspondent à leur coût brut. Il ne s'agit pas de montants de recettes supplémentaires dont la sécurité sociale pourrait bénéficier si les « niches sociales » étaient supprimées. En effet, les bénéficiaires des « niches sociales » prendraient alors de nouvelles décisions en matière d'emploi, de rémunération et d'investissement, qui rétroagiraient sur les recettes sociales.

Un encadrement nettement insuffisant du coût des « niches sociales »

Entre 2013 et 2019, le coût affiché des « niches sociales » a quasiment doublé, passant de 34 Md€ à plus de 66 Md€, au sens de l'annexe 5 du PLFSS.

Cette augmentation reflète principalement le renforcement des allègements généraux de cotisations

sociales (+26,2 Md€) dans le cadre de la politique de soutien de l'emploi. Il s'agit pour l'essentiel des mesures du pacte de responsabilité mises en œuvre entre 2014 et 2017 (9 Md€), ainsi que de la transformation du CICE en des allègements généraux en 2019 (18 Md€).

Malgré le renforcement des allègements généraux, le coût affiché des exonérations ciblées ne s'est pas réduit. Il a même augmenté (+1,6 Md€⁶), sous l'effet de l'exonération au 1^{er} janvier 2019 de cotisations salariales sur les heures supplémentaires.

Les mécanismes de plafonnement du coût ou de révision des « niches sociales » prévus par les lois de programmation des finances publiques sont insuffisants pour avoir une portée véritable.

Par ailleurs, les évaluations de l'efficacité des « niches sociales » n'ont pas d'effet perceptible sur les choix publics. Elles portent sur un champ partiel et leur méthodologie est inégalement robuste. Lorsque des évaluations constatent l'inefficacité de certaines « niches », celles-ci ne sont que rarement remises en cause.

Le réseau des URSSAF ne réduit pas suffisamment les risques liés à l'application des « niches sociales » par les entreprises. Il devrait cibler plus efficacement les contrôles d'assiette, et, en amont, détecter et corriger un nombre accru d'anomalies, en généralisant les contrôles automatisés de cohérence des données déclarées par les employeurs dans la déclaration sociale nominative (DSN).

⁵ Exonérations liées à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et celles accordées aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

⁶ Hors incidence de l'intégration de certaines exonérations ciblées aux allègements généraux.

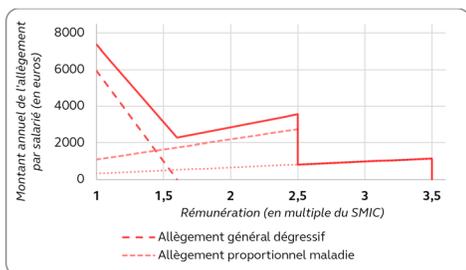
Les « niches sociales » : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager

Clarifier le périmètre des « niches sociales » et en réduire le coût

La multiplicité et l'ampleur des « niches sociales » induisent un décalage entre les taux de prélèvement de droit commun et le niveau effectif des prélèvements sociaux. Cet écart s'est élargi à mesure du renforcement des allègements généraux de cotisations. Le manque de lisibilité des prélèvements sur les revenus salariaux qui en résulte peut porter préjudice à l'attractivité de la France aux yeux des acteurs économiques nationaux et internationaux.

Une intégration des allègements généraux au barème de droit commun des cotisations est souhaitable, mais comporte des préalables. En particulier, il conviendrait de mener de nouvelles évaluations de l'efficacité du profil des allègements généraux en matière d'emploi, de compétitivité des entreprises et de distribution des salaires, au regard des points de sortie de ces allègements et des effets de seuil qui en découlent.

Profil des allègements généraux de cotisations patronales en 2019



Source : Cour des comptes.

De manière générale, il conviendrait d'évaluer l'efficacité des dispositifs dérogatoires selon des méthodes statistiques robustes et d'en tirer les conséquences, en supprimant les dispositifs inefficaces ou en fermant leur accès à de nouveaux bénéficiaires. Les méthodes, les résultats et les suites envisagées à ces évaluations devraient être portés à la connaissance du Parlement dans l'annexe 5 au PLFSS.

Dans l'attente des résultats d'évaluations robustes, l'efficacité incertaine des dispositifs devrait conduire à en organiser l'attrition. Dans cet objectif, les valeurs de référence des paramètres servant à calculer l'avantage ou le plafond de ce dernier devraient être gelées à leur niveau actuel.

Enfin, il devrait être mis fin sans délai aux effets d'aubaine les plus manifestes. En particulier, il conviendrait de remettre en cause la déduction forfaitaire spécifique (DFS) de l'assiette des cotisations sociales qui permet une évaluation forfaitaire des frais professionnels pour certaines professions (soit 1 Md€ ou 1,5 Md€ après impact sur le coût des allègements généraux).

La justification de la DFS est remise en cause par l'extension continue des allègements généraux et la suppression en 2001 de cet avantage dans le champ fiscal (sauf pour les journalistes), qui avait historiquement justifié son application au domaine social.

Les « niches sociales » : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager

Recommandations

5. À l'annexe 5 au PLFSS, clarifier la norme de référence des « niches sociales », recenser et chiffrer ces dispositifs sur le champ le plus large de manière homogène et stable dans le temps et fournir une information exhaustive sur leur compensation financière par l'État, quelles qu'en soient les modalités (ministère chargé de la sécurité sociale).

6. Poursuivre l'évaluation des allègements généraux, évaluer par des méthodes statistiques robustes les « niches sociales » supérieures à 100 M€ et supprimer ou clôturer les dispositifs inefficaces (ministères concernés par les mesures dérogatoires).

7. Geler les valeurs de référence du calcul de l'avantage ou du plafond des « niches sociales » supérieures à 100 M€ dont l'efficacité n'a pas été démontrée par une évaluation fondée sur des méthodes statistiques robustes (ministère chargé de la sécurité sociale).

8. Fiabiliser l'application des allègements généraux de cotisations par les entreprises en généralisant les contrôles automatisés de cohérence des montants d'exonération déclarés au titre de l'ensemble des salariés (au regard de la somme des montants déclarés par salarié) comme de chacun d'eux (au regard des données individuelles de rémunération et de durée du travail) (ACOSS).



3 Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

Les indemnités journalières sont des revenus de remplacement versés par l'assurance maladie aux salariés dont l'état de santé nécessite une interruption de travail pendant une durée temporaire. Elles couvrent trois risques distincts : la maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et la maternité.

Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie sont particulièrement dynamiques. Une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs, médecins prescripteurs, patients et employeurs est indispensable à leur maîtrise. De plus, il convient de réduire les dépenses injustifiées ou évitables effectuées par l'assurance maladie du fait de modalités de gestion sous-optimales.

Une forte dynamique des dépenses

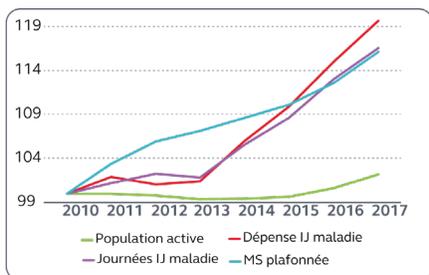
En 2017, les dépenses d'indemnités journalières ont atteint 14,5 Md€ pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Le régime général des salariés du secteur privé concentre les 9/10^{èmes} de ces dépenses, soit 12,9 Md€, dont 7,4 Md€ pour la maladie, 2,9 Md€ pour les AT-MP et 2,6 Md€ pour la maternité.

Les dépenses d'indemnités journalières pour maladie sont particulièrement dynamiques. Dans le régime général, elles ont augmenté de 4,2 % en moyenne annuelle entre 2013 et 2017.

Ce rythme de progression dépasse non seulement celui de l'ONDAM (+2,1 % en moyenne annuelle sur la même période), mais aussi celui de la masse salariale plafonnée à 1,8 SMIC, qui constitue l'assiette des indemnités (+2,2 % en moyenne annuelle).

Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

Évolution des dépenses d'indemnités journalières maladie, du nombre de journées indemnisées et de la masse salariale plafonnée à 1,8 SMIC (2010-2017, base 100 en 2010)



Source : Cour des comptes, d'après des données de l'Insee, de la DSS et de la CNAM.

Cet écart d'augmentation des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie par rapport à la masse salariale plafonnée à 1,8 SMIC (soit +2 points en moyenne annuelle entre 2013 et 2017) affecte l'équilibre financier de l'assurance maladie, principalement financée par des prélèvements sur les revenus du travail.

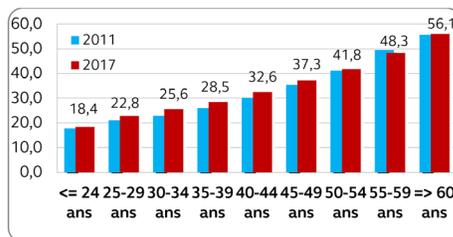
Il traduit l'augmentation de la proportion d'assurés ayant bénéficié d'au moins un arrêt de travail, du nombre moyen d'arrêts par assuré et, plus encore, de la durée moyenne des arrêts (passée de 31,2 à 33,5 jours entre 2013 et 2017, soit +7,4 %).

Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie sont de plus en plus concentrées sur les arrêts longs. En 2017, les arrêts de plus de six mois représentaient ainsi 6,2 % des arrêts, mais 44,6 % des dépenses, contre respectivement 5,5 % et 43,2 % en 2011.

L'augmentation du taux d'emploi des salariés les plus âgés, sous l'effet des réformes successives des retraites,

concourt à expliquer l'allongement de la durée moyenne des arrêts. Mais elle n'en est pas le seul facteur explicatif : la durée moyenne des arrêts a augmenté pour toutes les classes d'âge, à l'exception des 55-59 ans.

Durée moyenne des arrêts pour maladie selon l'âge (régime général, en nombre de jours, 2011 et 2017)



Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

L'importance des arrêts de travail diffère fortement selon les secteurs d'activité. En moyenne, chaque salarié du secteur de la santé humaine et de l'action sociale a été arrêté pour maladie pendant près de 20 jours en 2016, contre un peu plus de 11 jours pour les salariés des secteurs de l'industrie et du bâtiment. En 2016, 23 % des dépenses étaient liées à des pathologies relevant de la santé mentale, susceptibles d'être activées ou renforcées par les conditions de travail des salariés.

Les disparités territoriales qui peuvent être constatées ne résultent pas uniquement de différences de structure par âge de la population et de prévalence des pathologies. Pour une part, elles traduisent des différences de pratiques de prescription des médecins.

Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

Réduire les arrêts de travail pour maladie résultant des conditions de travail

À la suite de premières expérimentations, le service médical de l'assurance maladie devrait élargir les échanges initiés avec certaines entreprises connaissant des fréquences élevées d'arrêts de travail. Ces échanges viendraient améliorer la connaissance des entreprises sur les motifs des arrêts de leurs salariés (sans détail individuel) et leur fournir des éléments de comparaison avec des entreprises de même activité et taille.

Au-delà, une nouvelle⁷ incitation financière pour les entreprises pourrait être instaurée, sous la forme d'un report sur les employeurs d'une partie du coût de l'indemnisation des arrêts de moins de six mois aujourd'hui pris en charge par l'assurance maladie, sous réserve que ne soient pas constatées des discriminations à l'embauche.

Afin de réduire le nombre d'arrêts de travail de courte durée, un jour de carence d'ordre public, non indemnisé, ni par l'employeur, ni par les organismes de prévoyance, pourrait être instauré pour les salariés, comme c'est déjà le cas dans la fonction publique.

Cette mesure adresserait aux salariés, aux employeurs et aux médecins prescripteurs un signal supplémentaire en faveur de la

maîtrise de la fréquence des arrêts. Afin qu'elle produise les effets attendus, elle devrait s'accompagner d'une communication adaptée des pouvoirs publics en direction des assurés.

Recentrer les arrêts de travail prescrits sur leur finalité médicale

Le contrôle du service médical de l'assurance maladie sur les médecins fortement prescripteurs devrait être renforcé. Selon la CNAM, la campagne 2016-2017 d'actions du service médical aurait permis uniquement 59,1 M€ d'économies. Sur 700 à 1 000 médecins considérés par la CNAM comme « sur-prescripteurs » par rapport à leurs confrères, seules 47 mises sous objectif et 39 mises sous accord préalable (MSO/MSAP), seules mesures véritablement contraignantes, ont été prononcées en 2018.

Les fiches repères établies par l'assurance maladie et validées par la Haute Autorité de santé, qui fournissent des durées indicatives d'arrêt de travail pour des cas types, ne couvrent que 15 % des dépenses d'indemnisation. Elles devraient être complétées afin de viser toutes les pathologies courantes.

Prévue par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé,

⁷ Les employeurs complètent les indemnités versées par l'assurance maladie, soit directement de manière obligatoire pour la plupart des salariés (en application de la loi de mensualisation de 1978), soit par l'intermédiaire d'assurances complémentaires privées (en application d'accords de branche ou d'entreprise).

Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

sous réserve de certaines exceptions à définir, la dématérialisation obligatoire des prescriptions d'arrêt de travail par les médecins devrait s'accompagner d'une motivation obligatoire par ces derniers de deux éléments : la cause médicale de l'arrêt et la durée prescrite lorsqu'elle déroge à celle recommandée par les fiches repères.

Le dépassement sans justification suffisante de la durée d'arrêt prévue par les fiches repères devrait conduire l'assurance maladie à réduire la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) versée aux praticiens sur-prescripteurs.

Par ailleurs, il conviendrait, pour les salariés non en ALD, de réduire à deux ans la période de référence de l'indemnisation des arrêts de travail et d'adapter en conséquence la durée maximale d'indemnisation aujourd'hui fixée à 360 jours. Le risque de désinsertion professionnelle des salariés est en effet prévisible dès les six premiers mois de l'arrêt, si bien que la période de référence de trois années peut conduire à des situations préjudiciables au retour au travail.

Réduire les délais de versement des indemnités

Le délai moyen de paiement de la première indemnité maladie non subrogée, c'est-à-dire non avancée par l'employeur pour le compte de l'assurance maladie, atteignait encore 27,7 jours en 2017. Faute pour l'assurance maladie d'être à même de s'engager sur un délai de remboursement aux employeurs, la subrogation stagne (33,6 % des dépenses d'indemnités pour maladie

en 2016), alors qu'elle permet d'indemniser plus vite les assurés.

L'instauration par la loi du 24 juillet 2019 précitée d'une obligation de dématérialisation des prescriptions d'arrêt de travail par les médecins devrait favoriser la réduction des délais de versement des indemnités.

Réduire les dépenses injustifiées ou évitables liées aux conditions de gestion des indemnités

Les processus et outils de gestion des indemnités mis en œuvre par l'assurance maladie présentent des faiblesses coûteuses.

Ainsi, en 2018, 12 % des indemnités journalières nouvellement attribuées comportaient une erreur de portée financière au détriment des assurés ou, plus souvent, de l'assurance maladie.

Ces erreurs ont un coût net annuel de l'ordre de 300 M€ pour l'assurance maladie. Elles résultent du manque de contrôles automatisés de cohérence sur les données déclarées par les employeurs et les assurés, d'une maîtrise insuffisante par les caisses de la réglementation - toujours complexe - lors des étapes manuelles de l'attribution des prestations et de l'absence de récupération automatisée de l'ensemble des données des salariés comptant plusieurs employeurs simultanés ou successifs. Sur ce dernier point, des progrès sont prévus à partir de 2020.

En outre, l'assurance maladie verse des dépenses potentiellement évitables d'indemnisation des arrêts

Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

de travail, estimées de manière incomplète à près de 0,5 Md€ par an par la CNAM. Elles sont imputables à l'allongement parfois anormal des durées de versement des indemnités, sous l'effet d'une articulation mal assurée des interventions des services médical et administratif de l'assurance maladie.

Les actions engagées par la CNAM afin de faire évoluer les pratiques internes de gestion ont réduit ces dépenses évitables dans une mesure significative. D'autres progrès sont attendus de l'approfondissement de ces actions et d'évolutions réglementaires qui pourraient permettre de les conforter.

Au-delà, la CNAM devrait renforcer le processus médico-administratif de l'indemnisation des arrêts de travail, en fixant des délais d'action à respecter par les services médical et administratif à ses différentes étapes.

En outre, l'assurance maladie et le réseau des URSSAF devraient définir les outils informatiques et les procédures de gestion permettant de procéder à une vérification croisée des informations déclarées par les employeurs dans la déclaration sociale nominative (DSN) mensuelle qui fondent à la fois le droit à indemnisation et les cotisations dont sont redevables les employeurs.

Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

Recommandations

9. Mieux accompagner les médecins dans la prescription des arrêts de travail grâce à des durées indicatives d'arrêt pour l'ensemble des pathologies courantes, dont le dépassement devrait être motivé par le prescripteur et adapter le montant de la rémunération sur objectifs de santé publique versée aux médecins dont les prescriptions s'avèrent excessives (CNAM, HAS).

10. Instaurer un premier jour de carence d'ordre public pour les salariés afin de mieux maîtriser les arrêts de travail répétés de courte durée, en accompagnant cette mesure par une communication adaptée en direction de ces derniers et des médecins prescripteurs (ministère chargé de la sécurité sociale).

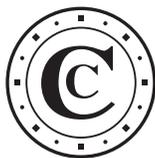
11. Afin de réduire les risques de désinsertion professionnelle des assurés non en ALD, réduire de trois à deux ans la période de référence de l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie et ajuster en conséquence la durée maximale d'indemnisation (ministère chargé de la sécurité sociale).

12. Mettre en œuvre un accompagnement plus individualisé dès le premier trimestre d'arrêt pour favoriser le retour au travail, dans tous les cas où un risque d'éloignement durable de l'emploi peut être identifié (ministère chargé de la sécurité sociale, CNAM).

13. Poursuivre la réduction des dépenses injustifiées ou évitables versées par l'assurance maladie du fait des conditions de gestion des indemnités journalières :

- en renforçant leur processus médico-administratif par la fixation de délais d'action à respecter par les services médical et administratif à ses différentes étapes ;

- en exploitant les données déclarées dans la DSN afin de mieux assurer les conditions d'ouverture des droits à indemnisation, la cohérence de ces derniers avec les bases salariales des cotisations déclarées et l'exactitude du calcul des indemnités (ministère chargé de la sécurité sociale, CNAM).



4 Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés

Les pensions d'invalidité sont des prestations contributives de sécurité sociale versées aux assurés dont la capacité de travail est réduite de façon substantielle et permanente, à la suite d'un accident ou d'une maladie n'ayant pas une origine professionnelle.

En 2017, 7,4 Md€ de prestations ont été versées par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale à 820 000 bénéficiaires. Couvertures complémentaires comprises, le montant total des pensions d'invalidité a dépassé 10 Md€ cette même année.

Les titulaires de pensions d'invalidité bénéficient de droits connexes : l'attribution d'une pension de retraite au taux plein dès l'âge légal de départ à la retraite, même si la condition de durée d'assurance n'est pas satisfaite ; la validation de trimestres au titre des périodes d'invalidité indemnisées ; la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie de la plupart des frais de santé.

L'invalidité est un dispositif ancien qui a peu évolué en dépit des transformations de l'environnement économique et social. À bien des égards, elle constitue un « angle mort » de notre système de protection sociale. L'organisation de sa prise en charge présente des

incohérences. Quelles que soient les évolutions qui pourraient lui être apportées, les enjeux humains et financiers de l'invalidité appellent une gestion plus active de ce risque, visant à mieux accompagner les pensionnés vers l'emploi quand leur état de santé le permet.

Un risque toujours segmenté par profession

En France, l'assurance invalidité a d'abord été établie pour les agents publics, sous la forme de pensions de retraite versées de manière anticipée. En 1945, elle a été instaurée au sein de l'assurance maladie pour les salariés du secteur privé.

Cette construction historique contribue à expliquer le fait que le risque d'invalidité, bien qu'universel, soit toujours segmenté en une vingtaine de régimes reposant sur une base professionnelle.

Alors que les prestations d'assurance maladie sont de plus en plus unifiées et que l'instauration d'un système universel de retraite est annoncée, l'harmonisation des définitions, règles et modes de calcul des prestations liées à l'invalidité a également vocation à être engagée.

Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés

Une indemnisation des salariés à des niveaux hétérogènes et mal connus

Pour une même catégorie d'assurés (classés en fonction de leur distance à l'emploi), le niveau d'indemnisation varie selon le bénéficiaire ou non d'une couverture complémentaire.

La couverture complémentaire des risques d'invalidité et de décès est obligatoire pour les cadres au niveau interprofessionnel. En revanche, celle des non-cadres est fonction des branches ou, à défaut, des entreprises. Selon le baromètre CREDOC/CTIP de décembre 2017, 61 % des salariés bénéficieraient d'une couverture complémentaire (contre 47 % en 2013).

Lorsque les ressources du titulaire de la pension sont inférieures à un certain montant, elles peuvent être complétées par une prestation de solidarité financée par l'État : l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

Le nombre de bénéficiaires de l'ASI (69 900 en 2016) se réduit de manière continue, car cette allocation n'a pas été revalorisée au-delà de l'inflation, contrairement au minimum vieillesse et à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

L'ASI a une particularité par rapport aux autres minima sociaux : le montant maximal du cumul de la pension d'invalidité et de l'ASI n'atteint pas le plafond de ressources à partir duquel cette prestation différentielle cesse d'être versée (705,88 € contre 723,25 € pour une personne seule en 2019).

Le non-recours à l'ASI n'est pas mesuré.

Des effets de substitution de l'invalidité avec d'autres risques

Pour certains pensionnés, la mise en invalidité peut avoir, en fait, une origine professionnelle partielle (cumul de pathologies professionnelles, parfois non déclarées, et non professionnelles) ou indirecte (comme l'usure prématurée de l'organisme). Les transferts de charges correspondants de la branche des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie, qui finance les pensions d'invalidité, ne sont pas évalués et compensés sur un plan financier.

Il existe de même des recoupements entre l'invalidité et le handicap.

Si les pensions d'invalidité et l'AAH ont des finalités et des caractéristiques différentes, les pensionnés les plus modestes peuvent percevoir une AAH différentielle s'ils en satisfont les conditions. Selon l'estimation de la Cour, 12 % des personnes invalides percevraient une pension d'invalidité complétée par l'AAH.

Dès lors, la réforme des minima sociaux qui s'engage pourrait fournir l'occasion de fusionner l'ASI avec l'AAH, afin d'unifier ces minima sociaux, d'améliorer la situation des personnes invalides les plus modestes et de simplifier les démarches des pensionnés (ils n'auraient plus à demander l'ASI, puis l'AAH quand ils en remplissent les conditions).

Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés

Compte tenu de son coût pour les finances publiques (l'AAH s'élève désormais à 900 € mensuels), une fusion ou un rapprochement éventuels de l'ASI avec l'AAH appelleraient cependant une mise en œuvre progressive. Il conviendrait par ailleurs de veiller à ne pas restreindre l'accès à un minimum social pour ceux des bénéficiaires de l'ASI qui ne remplissent pas les conditions de l'AAH⁸.

Des enjeux humains et financiers à mieux reconnaître

La population des bénéficiaires de pensions d'invalidité croît à mesure qu'ils s'approchent de l'âge légal de la retraite, puis s'effondre à 62 ans, âge auquel ils peuvent partir à la retraite à taux plein.

Les bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui comptent désormais une majorité de femmes, ont en moyenne un état de santé plus dégradé que celui des autres assurés d'âge actif et, lorsqu'ils deviennent retraités, une moindre espérance de vie que les autres retraités.

Les dépenses de pensions d'invalidité sont dynamiques. Au régime général (6,2 Md€ en 2018), elles ont augmenté en moyenne de 4,9 % par an depuis 2011.

Cette dynamique a été portée par le recul de l'âge légal de départ en retraite de 60 à 62 ans par la réforme des retraites de 2010. La durée de versement des pensions s'est allongée pour les personnes qui, en l'absence de réforme,

seraient parties plus tôt à la retraite. En outre, le flux des mises en invalidité a augmenté, certains assurés ne pouvant plus être retraités à 60 ans se retournant vers ce dispositif.

Dans les régimes de salariés et d'indépendants, le recul de l'âge légal de départ à la retraite aurait entraîné à lui seul une hausse des effectifs de pensionnés de 20 à 25 % et une hausse des dépenses de 1,2 à 1,5 Md€.

Prévenir la désinsertion professionnelle et sociale

L'invalidité peut s'accompagner de la poursuite ou de la reprise d'un emploi. En 2018, au régime général, plus de 70 % des pensionnés de 1^{ère} catégorie (les moins éloignés de l'emploi, soit 25 % des personnes invalides) avaient une activité professionnelle. Bien que l'assurance maladie leur ait reconnu une incapacité totale d'exercer un emploi, tel était aussi le cas de 24 % des pensionnés de 2^{ème} catégorie (73 % du total des personnes invalides) et de 9 % de ceux de 3^{ème} catégorie, qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour leur vie quotidienne (2 %).

L'assurance maladie devrait améliorer le suivi médical et social des personnes invalides qui sont éloignées de l'emploi de manière durable. Compte tenu de la fréquente réitération de demandes d'informations par les titulaires de pensions d'invalidité, elle devrait par ailleurs veiller à faciliter l'exercice de leurs droits par l'ensemble des personnes invalides.

⁸ Les règles de reconnaissance de l'invalidité et du handicap diffèrent. Au régime général, l'assurance maladie reconnaît l'invalidité d'un assuré en cas de perte de capacité permanente et substantielle d'au moins des deux-tiers à exercer, dans une profession quelconque, un emploi à la mesure de ses capacités et rémunéré plus du tiers d'une rémunération normale. L'AAH est attribuée (sous conditions de ressources) aux personnes ayant une incapacité soit de 80 %, soit de 50 % à 79 % lorsqu'elle est associée à une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi.

Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés

Par ailleurs, le cumul d'une pension d'invalidité et de revenus professionnels ne peut dépasser le montant du salaire du dernier trimestre précédant la mise en invalidité. Cet effet de seuil est peu incitatif à la reprise d'une activité et pénalise les personnes qui avaient une activité réduite ou faiblement rémunérée avant leur mise en invalidité. Afin de mieux accompagner les personnes invalides vers l'emploi, le montant de la pension qui leur est versée devrait être réduit de manière plus progressive à mesure de la hausse de leurs revenus professionnels.

Enfin, le code de la sécurité sociale prévoit que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité est temporaire. À cette fin, les pensions de 1^{ère} catégorie devraient être accordées pour une période définie et l'état de santé de leurs bénéficiaires être réévalué par le service médical de l'assurance maladie à la fin de cette période. Ce réexamen permettrait d'apprécier s'il faut reconduire la pension, la suspendre ou bien faire changer de catégorie les assurés concernés.

Améliorer l'efficacité d'ensemble du processus médico-administratif de l'invalidité

Les pratiques d'évaluation de l'état d'invalidité par le service médical de l'assurance maladie sont hétérogènes selon les médecins conseils, ce

qui concourt à de fortes disparités territoriales. Afin de les homogénéiser, la CNAM devrait établir et rendre obligatoire un référentiel médical national intégrant l'employabilité de l'assuré. Au-delà, une réflexion sur l'harmonisation des critères d'évaluation de l'invalidité et du handicap devrait être engagée.

Les bénéficiaires de pensions d'invalidité doivent déclarer périodiquement leurs revenus professionnels (leurs ressources s'ils bénéficient de l'ASI). Ces déclarations, qui peuvent déclencher des révisions à la hausse ou à la baisse des pensions, sont insuffisamment contrôlées, ce qui favorise les erreurs et les fraudes. Afin d'assurer le paiement à bon droit des pensions, l'assurance maladie devrait utiliser les données de la base des ressources mensuelles mise en place début 2020 dans le cadre de la réforme des aides au logement.

Enfin, il convient de continuer à réduire les coûts de gestion en étendant la mutualisation entre CPAM de la gestion administrative de l'invalidité à de nouvelles tâches, en la confiant à un nombre plus réduit de caisses (28 à l'heure actuelle) et en refondant les outils informatiques, pour partie obsolètes. Cela permettrait de dégager des moyens permettant d'accompagner de manière plus individualisée les bénéficiaires de pensions d'invalidité.

Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés

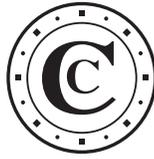
Recommandations

14. Encourager le retour sur le marché du travail des personnes reconnues invalides les plus proches de l'emploi, en substituant aux règles de cumul en vigueur, à coût constant, un mécanisme de réduction progressive de la pension en fonction de l'augmentation des revenus professionnels, afin que tout revenu d'activité se traduise par un supplément de ressources (ministère chargé de la sécurité sociale).

15. Organiser un service d'une durée définie et renouvelable des pensions de 1^{ère} catégorie en fonction de l'âge et de l'état de santé des assurés et déployer un parcours ciblé d'accompagnement vers l'emploi ; renforcer les outils permettant d'identifier les titulaires de pensions qui nécessitent un suivi particulier sur les plans médical, social et professionnel (ministère chargé de la sécurité sociale, CNAM).

16. Doter l'évaluation de l'état d'invalidité d'un référentiel national opposable aux échelons locaux du service médical et ouvrir une réflexion sur une évaluation de l'invalidité et du handicap à partir d'un référentiel commun (ministère chargé de la santé, CNAM).

17. Approfondir la rénovation et la mutualisation de la gestion du risque et mettre en œuvre une vérification automatisée systématique des revenus professionnels ou des ressources déclarées par les titulaires de pensions d'invalidité et de l'ASI à partir des données intégrées à la base des ressources mensuelles des organismes sociaux (CNAM).



5 Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire

Les départs anticipés à la retraite désignent, au sens strict, les départs avant l'âge légal d'ouverture des droits, fixé à 62 ans pour les assurés nés à partir de 1955.

Par extension, cette notion recouvre aussi les départs à l'âge légal mais en bénéficiant du taux plein sans condition de durée d'assurance (alors que le taux plein est en principe acquis, sans condition de durée, cinq ans après l'âge légal, soit à 67 ans).

La Cour a dressé un bilan inédit de sept des principaux dispositifs de départ à la retraite dans des conditions dérogatoires d'âge ou de durée d'assurance : les carrières longues, l'inaptitude substituée ou non à une pension d'invalidité, les catégories actives de la fonction publique, l'incapacité permanente, la retraite anticipée pour les travailleurs handicapés, le compte professionnel de prévention (pénibilité) et la retraite progressive.

En 2017, les sept dispositifs examinés par la Cour ont été à l'origine de près de 400 000 départs à la retraite, soit près d'un départ à la retraite sur deux par dérogation à l'âge légal ou à la durée d'assurance requis.

Leur impact sur la situation financière du système de retraite (près de 14 Md€ de dépenses supplémentaires

en 2016) appelle à hiérarchiser plus fortement les priorités de ces dispositifs.

De multiples dispositifs dérogatoires

Trois dispositifs concentrent la plus grande partie des départs et des dépenses.

Instauré dans le cadre de la réforme des retraites de 2003 pour tous les régimes de retraite, le dispositif des carrières longues (plus de 250 000 départs et 6,1 Md€ de dépenses supplémentaires) permet aux assurés remplissant la durée d'assurance requise pour le taux plein de partir avant 60 ans s'ils ont commencé à travailler avant 16 ans et avant 62 ans s'ils ont commencé à travailler avant 20 ans.

Les catégories actives (31 000 départs et 3,3 Md€ de dépenses supplémentaires) permettent à une partie des agents des trois fonctions publiques un départ anticipé de cinq, voire de dix ans (pour les catégories « super-actives »), au motif d'une dangerosité des fonctions exercées ou d'une sinistralité accrue de certains emplois.

Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire

L'inaptitude (130 000 départs et 1,7 Md€ de dépenses supplémentaires) permet aux titulaires d'une pension d'invalidité, ainsi qu'aux salariés reconnus inaptes au travail par le service médical de l'assurance maladie, de bénéficier d'une pension de retraite au taux plein dès l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite, même quand la condition de durée d'assurance n'est pas remplie.

Les quatre autres dispositifs examinés visent à prendre en compte les facteurs de pénibilité de l'emploi occupé (compte professionnel de prévention ou C2P), l'état de santé (incapacité permanente et retraite anticipée des travailleurs handicapés ou RATH) ou encore la carrière (retraite progressive).

Des finalités multiples, évolutives et inégalement vérifiées

Depuis 2003, chaque réforme des retraites a été l'occasion de créer de nouveaux dispositifs dérogatoires ou de modifier ceux en vigueur. Sur les sept dispositifs examinés, quatre ont été créés depuis 2003 et cinq ont été substantiellement modifiés depuis cette date. Le dispositif de départ anticipé pour carrière longue a ainsi été modifié à quatre reprises depuis sa création en 2003 (en 2008, 2010, 2012 et dernièrement en 2014).

En contrepartie des mesures visant à relever l'âge moyen de départ à la retraite, chaque réforme a en effet créé ou étendu des dispositifs compensatoires visant à incarner des préoccupations de justice sociale et d'équilibre des réformes.

Plusieurs dispositifs concourent à des objectifs similaires, mais avec des niveaux d'avantage hétérogènes et sans justification toujours évidente des différences de traitement qui en résultent pour les assurés.

Ainsi, les incidences potentielles ou avérées du travail sur l'état de santé sont prises en compte par cinq dispositifs, selon trois approches distinctes : la longueur de la carrière pour les carrières longues ; la nature des tâches effectuées dans l'emploi pour le C2P et les catégories actives ; la dégradation de l'état de santé pour l'inaptitude et l'incapacité permanente.

Certains dispositifs présentent une complexité particulière. La liste des emplois relevant de catégories actives, en particulier, n'a pas été actualisée depuis plus de trente ans pour les affiliés à la caisse de retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL), ce qui soulève d'importantes difficultés d'application.

Enfin, si la compensation d'écarts d'espérance de vie a souvent été mise en avant à l'appui des dispositifs de départ anticipé, les données disponibles ne conduisent pas à les confirmer, en moyenne et à ce jour, pour les catégories actives et les carrières longues. Ainsi, l'écart moyen d'espérance de vie à 60 ans n'est pas significatif entre les catégories actives (26,7 ans en moyenne) et sédentaires (27,6 ans) des trois fonctions publiques. L'espérance de vie moyenne à la retraite des bénéficiaires de départs anticipés pour carrière longue n'apparaît pas plus faible que celle des autres assurés.

Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire

Des dispositifs désormais à l'origine de près d'un départ sur deux à la retraite

Au régime général des salariés du secteur privé, la part des départs à la retraite entrant dans le champ de l'enquête de la Cour a presque doublé, passant de 24,4 % des départs en 2011 à 46,1 % en 2017. Dans les régimes de fonctionnaires, elle a atteint 56,2 % des départs en 2017, contre 37,7 % en 2011, du fait notamment de la croissance des départs dans la fonction publique hospitalière.

Cette hausse de la part des départs à la retraite à taux plein dans des conditions dérogatoires d'âge ou de durée d'assurance contribue à la faiblesse en France du taux d'activité des 55-64 ans (55 % en 2017 contre 61 % en moyenne dans l'Union européenne). Elle reflète pour l'essentiel la hausse des départs pour carrière longue.

Les assouplissements apportés au dispositif des carrières longues, notamment par le décret de juillet 2012, ont en effet conduit à une multiplication par six de ces départs entre 2009 et 2017, passés au régime général de moins de 30 000 en 2009 à près de 180 000 en 2017.

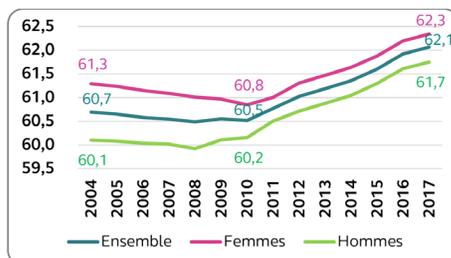
Malgré les évolutions statutaires qui ont fermé ce dispositif à de nouveaux bénéficiaires en contrepartie de revalorisations de carrières (instituteurs, infirmiers...), le nombre de fonctionnaires classés en catégorie active ne diminue que lentement.

Des dispositifs coûteux qui ont amoindri les effets des réformes sur l'âge de départ à la retraite

Malgré une réduction de l'avantage individuel procuré par les dispositifs de départ anticipé, ces derniers, notamment les carrières longues, ont contribué au cours des dernières années à réduire les effets des réformes des retraites sur l'âge de départ à la retraite.

À la suite de la création du dispositif des carrières longues, l'âge conjoncturel⁹ de départ à la retraite a dans un premier temps baissé. À partir de 2010, il a augmenté, atteignant 62,1 ans en 2017.

Âge conjoncturel de départ à la retraite (tous régimes, 2004-2017)



Source : DREES, EIR, EACR et modèle ANCTRE ; Insee, bilan démographique 2016

Depuis 2010, la hausse de l'âge de départ à la retraite a cependant été freinée par celle des départs anticipés. Sous l'effet de ces départs, la part des retraités au sein de chaque classe d'âge précédant l'âge légal de départ à la retraite s'est d'ailleurs accrue : une personne sur trois fin 2017 (avec un

⁹ C'est-à-dire l'âge moyen d'une génération fictive qui aurait, à chaque âge, la même proportion de retraités que celle observée au cours de l'année.

Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire

âge légal à 62 ans), contre une sur cinq fin 2010 (avec un âge légal à 60 ans).

Les départs anticipés à la retraite engendrent des dépenses supplémentaires correspondant aux sommes versées à leurs bénéficiaires entre la date à laquelle ils sont partis à la retraite et celle à laquelle ils seraient partis si les possibilités de départ anticipé n'avaient pas existé.

Le poids financier des départs anticipés entrant dans le champ de l'enquête de la Cour s'est alourdi. En 2016, ils ont entraîné près de 14 Md€ de dépenses supplémentaires, soit 5,2 % du total des dépenses de prestations de droit propre dans les régimes de base et complémentaires de retraite, contre 3 % environ en 2012.

À elles seules, les carrières longues ont représenté 16,9 % de l'augmentation des dépenses de prestations de droit propre du régime général intervenue entre 2012 et 2017 (soit 2,2 Md€ sur 12,8 Md€).

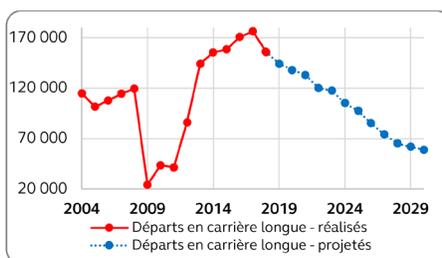
Des dispositifs à reconsidérer au vu de leur impact sur la situation financière des retraités

La maîtrise des dépenses de retraite requiert celle des flux de départs anticipés à la retraite.

En 2018, le flux des départs pour carrière longue s'est inversé au régime général, sous l'effet de l'augmentation progressive de la durée d'assurance requise pour le taux plein en application de la réforme des retraites de 2014. La diminution de ce flux est appelée à se poursuivre. Cependant, c'est seulement au milieu des années

2030 qu'il reviendrait à son niveau de 2009.

Flux de départs anticipés au titre d'une carrière longue au régime général (2004-2030)



Source : CNAV.

Il est essentiel que cette projection à la baisse du nombre de départs anticipés pour carrière longue se concrétise pleinement. Dans cet objectif, les conditions de départ anticipé au titre d'une carrière longue, à défaut d'être resserrées, devraient être stabilisées.

En outre, les assurés doivent aujourd'hui effectuer un choix abrupt entre partir à la retraite ou rester en activité. La retraite progressive, qui permet de percevoir une partie de la pension tout en exerçant une activité à temps partiel, ne concerne qu'un nombre réduit de départs, bien qu'en forte augmentation (10 000 en 2017 contre 2 500 en 2012).

Dans le cadre des évolutions futures du système de retraite, les modalités de transition progressive vers la retraite devraient être privilégiées par rapport à l'interruption complète de l'activité professionnelle.

Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire

Par ailleurs, il conviendrait de poursuivre le réexamen du périmètre des métiers relevant des catégories actives et, au sein de ces métiers, des fonctions exercées. Afin d'en faciliter l'acceptation, ce réexamen pourrait n'avoir une portée contraignante que pour les nouveaux assurés (comme cela a été le cas pour les instituteurs en 2003 et pour les personnels infirmiers en 2010).

Enfin, les taux des cotisations qui financent le C2P et l'incapacité permanente devraient être modulés afin d'inciter les employeurs à accroître l'effort de prévention des risques professionnels qui se traduisent par des départs anticipés à la retraite au titre de ces deux dispositifs.

Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire

Leviers d'action dans le cadre des évolutions futures du système de retraite

- Privilégier, à la différence des réformes précédentes, des modalités de transition progressive vers la retraite à l'interruption complète de l'activité professionnelle (ministère chargé de la sécurité sociale).

- Stabiliser les conditions d'accès au dispositif des carrières longues afin de concrétiser la prévision de réduction du flux des départs concernés à législation constante (ministère chargé de la sécurité sociale).

- Réexaminer le périmètre des métiers relevant des catégories actives de la fonction publique et, au sein de ces métiers, les fonctions exercées justifiant l'attribution de ces avantages (ministères chargés du budget, de la fonction publique et de la sécurité sociale).

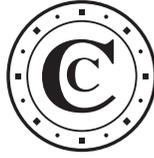
Recommandations

18. Suivre et analyser régulièrement l'évolution de l'ensemble des dispositifs de départ anticipé à la retraite (effectifs et caractéristiques des bénéficiaires, coûts, effets de substitution entre dispositifs, incidences de leur environnement économique, social et sanitaire) afin d'en améliorer le pilotage (ministère chargé de la sécurité sociale, CNAV).

19. Responsabiliser les employeurs dans la prévention des risques professionnels et de la pénibilité du travail à l'origine de départs anticipés à la retraite, en finançant la totalité des dépenses de retraites pour incapacité permanente et celles liées au compte professionnel

de prévention par des cotisations distinctes des cotisations AT-MP et modulées par domaine d'activité à l'origine des départs concernés (ministères chargés de la sécurité sociale et du budget).

20. Simplifier les démarches à effectuer par les travailleurs handicapés en proposant une évaluation du taux d'incapacité au moment de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et en élargissant aux personnes handicapées à 50 % l'accès à la commission placée auprès de la CNAV qui valide des périodes sans justificatif (ministère chargé de la sécurité sociale).



6 Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

En dehors d'une urgence, les patients peuvent être transportés en ambulance, en véhicule sanitaire léger (VSL) ou par taxi de leur domicile à un établissement de santé ou à un cabinet de ville ou entre des structures de soins.

Les transports médico-sociaux désignent les déplacements vers et depuis les établissements et services pour personnes âgées ou handicapées.

Des dépenses de transport de patients élevées et dynamiques

Les dépenses de transport programmé de patients peuvent être estimées à 5 Md€ pour l'année 2017. Elles comprennent 4,7 Md€ facturés par les entreprises de transport ou remboursés aux patients par l'assurance maladie au titre de 87 millions de trajets effectués de 5,8 millions de patients. Par ailleurs, plus de 230 M€ ont été pris en charge par les établissements publics de santé sur leurs propres budgets.

Selon une proportion légèrement croissante dans le temps, l'assurance maladie a financé en 2017 93,1 % des dépenses (hors budgets des établissements). Ce niveau très élevé

traduit le fait que plus de 90 % des dépenses bénéficient à des patients en affection de longue durée (ALD), pour lesquels l'assurance maladie prend en charge la totalité de la dépense, y compris le ticket modérateur.

Le financement public des dépenses de transport de patients s'inscrit à un niveau élevé par rapport à d'autres pays comparables (63 € en moyenne par habitant et par an en France contre 16 € en Allemagne en 2013).

Les dépenses prises en charge par l'assurance maladie sont très dynamiques (+4,1 % en moyenne annuelle pour le régime général des salariés entre 2011 et 2017).

À hauteur d'un tiers, la hausse des dépenses traduit les augmentations de tarifs et de la TVA intervenues au cours de la période. Pour les deux autres tiers, elle reflète la hausse du nombre de trajets et des distances parcourus, ainsi que l'évolution de la part relative des différents modes de transport.

Dans l'ensemble des déplacements, la part des modes de transport les plus onéreux a augmenté (taxis, soit 45,7 % en 2017) ou est restée stable

Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

(ambulances, soit 22,4 %), tandis que celle du mode en moyenne le moins onéreux (VSL, soit 31,9 %) s'est réduite. Le recours au véhicule personnel remboursé par l'assurance maladie a par ailleurs conservé un caractère marginal.

La hausse rapide des dépenses ne peut être uniquement, voire principalement, imputée aux réorganisations de l'offre de soins hospitaliers.

De fait, le niveau moyen des dépenses diffère fortement entre les départements fortement urbanisés (en 2017, 35 € par habitant en moyenne en Loire-Atlantique, mais 78 € dans les Bouches-du-Rhône). La place relative des différents modes de transport joue un rôle déterminant à cet égard.

Des dépenses de transport médico-sociaux encore mal connues

Les dépenses relatives aux transports médico-sociaux représentent un enjeu significatif, mais ne sont pas suivies dans leur ensemble. Selon l'estimation de la Cour, elles dépassent 1 Md€ par an.

Ces dépenses sont principalement financées par les établissements médico-sociaux sur leurs budgets.

Leurs modalités de prise en charge sont cependant fragmentées en fonction de la nature des établissements et du type de transport.

Les instituts médico-éducatifs doivent en principe prendre en charge sur leurs budgets les transports collectifs et individuels liés à l'accueil et aux soins.

Dans d'autres cas, c'est l'assurance maladie qui prend en charge les trajets (centres médico-psychologiques avec ticket modérateur ; à 100 % pour les centres médico-psycho-pédagogiques et les centres d'action médico-sociale précoce, sur entente préalable du service médical).

Certains types de transport médico-sociaux ne font en revanche l'objet d'aucune prise en charge publique : placement dans une unité de soins de longue durée ou dans un établissement pour personnes âgées dépendantes, séances individuelles de regroupement pour les enfants accueillis en service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Une régulation défaillante

L'offre de transport de patients est insuffisamment encadrée. Depuis 1995, il existe bien des quotas de véhicules par département. Mais ils couvrent uniquement les ambulances et les VSL, et non les taxis conventionnés. De plus, ces quotas ne sont pas régulièrement actualisés et sont dépassés dans 81 départements. Le décret qui pourrait permettre depuis 2015 aux CPAM de refuser de conventionner de nouveaux taxis quand l'offre est surabondante n'a toujours pas été pris.

Les évolutions tarifaires sont insuffisamment maîtrisées. La fixation des tarifs est éclatée entre ambulances et VSL d'une part et taxis d'autre part, ainsi qu'entre le niveau national et le niveau départemental. Depuis le début des années 2000,

Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

les tarifs ont augmenté plus vite que l'inflation pour les taxis et les VSL et à un niveau voisin pour les ambulances. Le protocole d'accord de l'assurance maladie et des représentants des taxis de fin 2018 marque cependant une évolution positive, en déconnectant pour partie l'évolution des tarifs des taxis conventionnés de ceux des courses de taxis fixés par des arrêtés préfectoraux.

Les tentatives de responsabilisation des prescripteurs ont peu d'effets. Les actions en direction des médecins libéraux qui se distinguent par un taux très élevé de prescription de transports (visites des délégués de l'assurance maladie) sont peu efficaces. Dans les établissements de santé, l'absence d'identification du praticien prescripteur, pourtant obligatoire, fait obstacle à ce type de démarche. Les contrats tripartites entre les établissements, les ARS et les caisses d'assurance maladie visant à maîtriser les dépenses ont des effets peu probants.

La qualité des transports de patients comme médico-sociaux est très insuffisamment suivie. Les plaintes et signalements des patients, quand ils sont effectués, dénotent des manquements des transporteurs à leurs obligations, au détriment de la qualité des prises en charge.

Poursuivre le transfert des dépenses de transport aux budgets des établissements de santé

Les dépenses de transport de patients sont mieux maîtrisées quand les établissements de santé où elles sont prescrites les prennent en charge sur leur budget que lorsque l'assurance maladie les rembourse aux entreprises de transport ou aux patients.

De fait, les dépenses de transport financées par les établissements publics de santé sur leurs budgets ont baissé de 255 M€ à 235 M€ entre 2012 et 2017. Dans le secteur médico-social, l'intégration d'une part prépondérante des dépenses de transport au budget des établissements (elles sont souvent le 2^{ème} poste de dépense après le personnel) concourt à leur maîtrise.

Depuis octobre 2018, en application de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, les établissements de santé prennent en charge sur leur budget les trajets inter-établissements qui n'en relevaient pas encore (soit un transfert de 290 M€ de dépenses). Malgré des difficultés suscitées par une préparation insuffisante, cette réforme a été appliquée.

Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

Les établissements de santé devraient prendre en charge sur leurs budgets la totalité des dépenses de transport de patients issues des prescriptions dont ils sont à l'origine (contre 15 % aujourd'hui). Un enjeu prioritaire concerne les dépenses liées aux séances de dialyse (0,7 Md€ en 2017).

Re-médicaliser les transports de patients

Compte tenu de la combinaison des motifs possibles de prise en charge, d'exonération du ticket modérateur et de la franchise de remboursement (2 € par trajet, 4 € pour les allers-retours), il existe pas moins de 140 situations distinctes quant au niveau de prise en charge des dépenses de transport de patients par l'assurance maladie.

Les règles de prise en charge présentent des incohérences. Ainsi, la sortie des urgences d'un patient n'ouvre en principe pas droit à une prise en charge par l'assurance maladie, à moins qu'elle soit effectuée en ambulance, mode de transport le plus coûteux.

Ces règles devraient être simplifiées afin de ne plus viser que les motifs d'incapacité ou de déficience des patients, attestés par une prescription médicale.

Dans les établissements de santé, le caractère médicalisé de la prescription de transport devrait être réaffirmé, par un usage systématisé de la signature électronique ou, de manière alternative, par une délégation de l'acte de prescription à des personnels infirmiers en pratique avancée.

Afin de responsabiliser plus fortement les assurés, une part accrue des franchises de remboursement par l'assurance maladie pourrait par ailleurs être laissée à leur charge au titre spécifiquement des transports¹⁰.

Organiser les transports de manière plus cohérente

Alors que les interventions des diverses administrations sont aujourd'hui dispersées, il conviendrait de placer sous un pilotage opérationnel unifié, au niveau national et local, les transports par ambulance et VSL, les transports par taxi conventionné et les transports médico-sociaux.

La possibilité d'une prise en charge quasi-systématique par l'assurance maladie jusqu'à 150 kilomètres devrait faire place à des règles modulées en fonction de la gradation de l'offre de soins entre des établissements de santé de proximité, de recours et de référence. La gradation croissante de

¹⁰ Les franchises sont aujourd'hui plafonnées à 50 € par an et par assuré. Ce montant globalise les franchises au titre des transports, des actes paramédicaux et des médicaments.

Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

l'offre médico-sociale devrait par ailleurs être prise en compte dans le dialogue budgétaire des agences régionales de santé avec les établissements concernés.

Il conviendrait par ailleurs d'assurer une meilleure adéquation des véhicules aux besoins, en limitant le recours aux ambulances quand cela n'est pas justifié. En particulier, les transporteurs spécialisés dans le transport des personnes à mobilité réduite devraient être autorisés à véhiculer les personnes handicapées jusqu'à leurs lieux de soins.

Lutter contre les irrégularités et les fraudes au détriment de l'assurance maladie

Le principe de prescription médicale préalable au transport est peu respecté : 33 % des trajets sont prescrits le jour même et, en fait, de manière rétroactive pour une part indéterminée d'entre eux.

L'absence d'agrément (du véhicule ou des personnels), l'exercice illégal de l'activité, la facturation de transports fictifs, la fausse facturation et la facturation non conforme à la prescription ou à la délivrance constituent de fréquents motifs d'irrégularité ou de fraude de la part des entreprises de transport.

Il convient de généraliser la dématérialisation des prescriptions, y compris en établissement, afin de réduire certains types d'irrégularités ou de fraudes. De même, il conviendrait de généraliser la facturation électronique par les entreprises de transport, afin de doter l'assurance maladie des données permettant de dissuader ou de détecter certains types d'irrégularités ou de fraude ; s'agissant des taxis, ce mode de facturation en est uniquement à un stade expérimental.

Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire

Recommandations

21. Redonner aux médecins leur entière faculté d'appréciation de la nécessité d'un transport sanitaire, en fondant celle-ci au plan juridique sur la seule incapacité ou déficience du patient, et prévoir la possibilité d'une délégation de l'acte de prescription à des personnels infirmiers en pratique avancée (ministère chargé de la santé, CNAM).

22. Transférer progressivement au budget des établissements de santé la totalité des dépenses de transport qui y sont prescrites ; définir à cet effet de nouvelles étapes, en commençant par l'activité de dialyse (ministère chargé de la santé, CNAM).

23. Responsabiliser les patients en instaurant un plafond annuel spécifique pour les franchises applicables aux transports de malades, distinct de celui qui continuerait à être appliqué par ailleurs aux actes paramédicaux et aux médicaments (ministère chargé de la santé, CNAM).

24. Rénover le contingentement des véhicules sanitaires en y incluant les taxis conventionnés et en le faisant reposer sur une appréciation de la satisfaction locale des besoins à l'échelle de territoires pertinents (ministère chargé de la santé, CNAM).

25. Décloisonner les transports de malades et médico-sociaux en autorisant notamment les transporteurs spécialisés dans le transport des personnes à mobilité réduite à véhiculer les personnes handicapées jusqu'à leurs lieux de soins (ministère chargé de la santé, CNAM).

26. Généraliser la dématérialisation des prescriptions médicales de transport sanitaire, en particulier en établissement de santé, afin de limiter les prescriptions postérieures aux déplacements (ministère chargé de la santé).

27. Placer sous un pilotage opérationnel unifié les trois secteurs des transports sanitaires, des taxis conventionnés et des transports médico-sociaux, sur le plan national comme local (ministère chargé de la santé).



7 Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins

Les actes et consultations externes (ACE) sont dispensés par des médecins salariés, pour l'essentiel par des établissements de santé publics et privés non lucratifs.

Ils diffèrent des consultations en ville par le fait qu'ils sont effectués en établissement de santé. Ils se distinguent par ailleurs des séances et des séjours à l'hôpital, y compris de médecine ambulatoire, en raison de leur financement pour l'essentiel selon les tarifs applicables aux professionnels libéraux de ville.

Une activité insuffisamment suivie, malgré des enjeux financiers significatifs

En 2016, 22,5 millions de patients ont bénéficié d'un acte ou d'une consultation externe, dont 16,9 millions en dehors d'une urgence. Pour le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), cela représente 37,8 millions de consultations médicales, en dehors des urgences, qui viennent s'ajouter aux 332,1 millions de consultations réalisées en ville.

En 2017, les ACE ont été à l'origine de 4,2 Md€ de dépenses d'assurance maladie en MCO, dont 27 % au titre des urgences.

Les dépenses d'ACE prises en charge par l'assurance maladie sont dynamiques. Leur augmentation (+4,8 % en moyenne annuelle entre 2013 et 2017) a nettement dépassé celle des postes correspondants de soins de ville, d'où un déport croissant des dépenses de soins médicaux et d'analyses biologiques vers l'hôpital. Pour autant, les facteurs d'évolution des dépenses d'ACE ne sont pas connus avec précision.

De plus, les ACE constituent généralement un « angle mort » du pilotage de leurs activités par les hôpitaux. Pourtant, l'activité d'ACE est réputée par nature déficitaire pour les établissements. En effet, elle engage des ressources hospitalières (humaines, médico-techniques...) pour réaliser des actes rémunérés au même tarif qu'un praticien de ville.

Enfin, les ACE sont un pan de l'activité hospitalière peu analysé et suivi par le ministère de la santé au niveau national et par les agences régionales de santé (ARS) au niveau régional. Ils présentent pourtant des enjeux significatifs en matière d'organisation et d'accès aux soins.

Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins

Des progrès à renforcer dans l'organisation des activités d'ACE par les établissements de santé

La plupart des établissements de santé rationalisent l'organisation spatiale des ACE en regroupant tout ou partie de cette activité dans des lieux distincts de ceux consacrés à l'hospitalisation. En revanche, les efforts engagés pour mieux structurer les étapes du circuit du patient externe sont moins aboutis.

Il conviendrait de généraliser les « circuits courts » traitant de cas légers, ainsi que les filières d'admission directe dans les services hospitaliers compétents, sans passage par les urgences, notamment pour les personnes âgées, afin de fluidifier les parcours de soins et d'améliorer la qualité des prises en charge.

L'équilibre financier des ACE paraît difficilement atteignable en l'état dans la plupart des établissements : les tarifs sont fixés en fonction d'un cadre d'activité non comparable. Néanmoins, les établissements de santé ont vocation à se doter d'outils adéquats d'analyse de leur activité d'ACE et à identifier les leviers d'organisation à même de leur permettre de s'approcher de l'équilibre financier.

Mener à son terme la fiabilisation du financement des activités d'ACE

Après de multiples retards (elle était prévue pour 2009), la facturation individuelle (FIDES) des ACE à

l'assurance maladie est désormais en voie de généralisation. Elle doit permettre d'importants progrès de gestion, non seulement pour les établissements de santé, mais aussi pour l'assurance maladie. Dans cet objectif, il convient que cette dernière renforce les contrôles automatisés de cohérence des ACE qui lui sont facturés par les établissements.

S'agissant des parts de dépenses à la charge des complémentaires santé et des patients, il convient que le ministère de la santé mène à bien les projets en cours qui visent à améliorer le recouvrement de ces recettes et à simplifier le parcours administratif du patient.

Les modalités de facturation par les établissements de santé des prises en charge de jour présentent des incertitudes. Une « circulaire frontière » a pour objet de préciser dans quels cas elles doivent donner lieu à la facturation d'ACE ou bien de séjours, plus rémunérateurs. Mais cette circulaire date de 2010. Après un délai important, sa révision doit aboutir d'ici la fin de cette année.

Un rôle à mieux définir en fonction des enjeux d'accès aux soins et d'efficience des organisations hospitalières

L'offre d'ACE des établissements de santé publics et privés non lucratifs procède pour l'essentiel de choix autonomes des établissements concernés. Elle devrait au contraire mieux prendre en compte les enjeux territoriaux d'organisation et d'accès aux soins.

Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins

En principe, le projet médical partagé des 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) instaurés par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, doit comprendre les principes d'organisation des activités de consultations externes, notamment de consultations avancées de praticiens hospitaliers dans d'autres établissements de santé ou des structures de ville (maisons et centres de santé).

Or, seule la moitié des projets médicaux partagés des GHT abordent les activités externes des hôpitaux publics qui en sont membres.

En outre, la mise en place de consultations avancées ne s'appuie pas nécessairement sur une analyse territorialisée des besoins des patients. Ces consultations peuvent pourtant permettre d'élargir l'accès aux consultations médicales de spécialité à l'hôpital dans des territoires périphériques et d'opérer une gradation de la prise en charge en établissement en fonction de la complexité de la situation du patient et des soins qui lui sont nécessaires.

Les ARS, qui approuvent les conventions constitutives des GHT, devraient s'assurer que leurs projets médicaux comportent effectivement un volet relatif aux ACE, qui prévoit la mise en œuvre de consultations avancées adaptées aux besoins identifiés dans le cadre des projets régionaux de santé qu'elles ont pour mission d'établir.

Par ailleurs, dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », le gouvernement a prévu d'associer plus étroitement les offres hospitalières et de ville de soins de proximité, notamment médicaux : création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital dans les territoires prioritaires ; labellisation d'ici 2022 de 500 à 600 hôpitaux de proximité accueillant dans des proportions variables des praticiens hospitaliers et libéraux ; création d'un millier de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupant à leur initiative des professionnels de santé, généralement de ville, qui doivent notamment améliorer l'accès aux soins non programmés.

À ce jour, la place des ACE dans la mise en œuvre de ces nouvelles modalités d'association entre professionnels hospitaliers et libéraux et les implications pour l'offre en ACE d'une structuration accrue de la médecine de ville dans le cadre des CPTS restent à définir.

À cet égard, lorsque l'offre libérale de ville est insuffisante, sur un plan quantitatif ou qualitatif, les consultations externes à l'hôpital, qui représentent, hors urgences, environ 11 % du volume total de consultations médicales en France, peuvent utilement la compléter. Lorsqu'elle est abondante et accessible sur un plan financier, l'offre hospitalière en ACE peut présenter une moindre utilité.

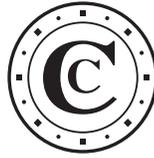
Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins

Recommandations

28. Intégrer systématiquement les actes et consultations externes à l'hôpital à la définition des orientations publiques qui concernent l'organisation territoriale et l'accès aux soins : projets régionaux de santé établis par les ARS ; projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des hôpitaux publics et projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé soumis à l'approbation des ARS (ministère chargé de la santé, ARS).

29. Compléter la révision de la « circulaire frontière » des actes et consultations externes et des séjours hospitaliers de jour par un dispositif de rescrit sur l'application des tarifs des séjours hospitaliers de jour (ministère chargé de la santé, assurance maladie).

30. Accompagner plus efficacement l'exercice de leur activité externe par les établissements de santé en fiabilisant les données de recettes et de coûts liées à cette activité et en faisant connaître les pistes de résorption des écarts de coûts par rapport aux établissements les plus performants de taille comparable (ministère chargé de la santé, ATIH, ANAP, ARS).



8 La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser

En 2018, 5 781 greffes d'organes ont été effectuées en France, dont plus de 61 % au titre du rein.

La greffe sauve des vies et contribue à en améliorer d'autres. Elle est le recours ultime en cas de défaillance terminale d'un rein, du foie, du cœur, du poumon ou du pancréas.

De plus, la greffe est beaucoup moins coûteuse que la dialyse pour traiter l'insuffisance rénale chronique terminale : en 2017, l'assurance maladie a consacré en moyenne moins de 14 000 euros de dépenses annuelles pour le suivi d'un patient venant d'être greffé d'un rein, contre plus de 62 000 euros pour les séances d'un patient dialysé.

En soi, le développement des greffes constitue ainsi un enjeu d'efficacité du système de santé. S'y ajoutent des considérations d'efficacité des activités de prélèvement et de transplantation elles-mêmes.

Des résultats significatifs, mais qui peinent à couvrir les besoins en greffons

La France affiche des performances très honorables à l'international en matière de transplantations d'organe. En 2017, avec 90,2 greffes par million d'habitant, elle occupait la 3^{ème} place en Europe, derrière

l'Espagne et la Belgique. Elle a amélioré sa position (en 2009, elle n'était que 5^{ème} en Europe).

Le développement des greffes s'appuie sur un cadre juridique favorable au prélèvement sur des sujets décédés - leur consentement présumé -, une organisation nationale de la chaîne de la greffe pilotée par l'Agence de la biomédecine (ABM) et des ressources financières abondantes versées par l'assurance maladie (tarifs conformes, voire supérieurs aux coûts, forfaits en sus des tarifs, soit 337 M€ au total en 2017).

Cependant, le nombre de patients en attente d'une greffe - principalement de rein - augmente encore plus rapidement que celui des greffes effectuées. Dès lors, les conditions d'accès à la greffe se dégradent. Entre 2012 et 2018, le nombre de patients en attente d'une greffe est ainsi passé de 10 648 à 16 413 (+54,1 %).

De plus, de manière conjoncturelle ou plus durable, le nombre de greffes d'organe a fléchi de 5,3 % en 2018 (5 781 greffes, contre 6 105 en 2017). Les prélèvements de greffons ont notamment baissé chez les sujets en état de mort encéphalique (-4,8 %).

La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser

Un développement inégal des prélèvements

Prolongeant les résultats obtenus, le plan greffes 2017-2021 prévoit la réalisation de 7 800 greffes d'organe en 2021, dont 6 800 à partir de sujets décédés et 1 000 de donneurs vivants. Ces objectifs seront difficiles à atteindre.

Certes, le prélèvement est majoritairement accepté dans notre pays. Moins de 360 000 personnes s'étaient inscrites sur le registre national des refus à la mi-2019. En outre, les oppositions des proches à des prélèvements sur des sujets décédés sont minoritaires (30 % en 2018). Néanmoins, elles connaissent de fortes disparités géographiques (elles atteignent 41,5 % en Île-de-France et 54,5 % à La Réunion). L'ABM devrait analyser les causes de ces disparités préjudiciables à la disponibilité des greffons et favoriser une homogénéité accrue des pratiques des équipes de prélèvement dans l'entretien avec les proches des défunts.

Par ailleurs, l'effort de détection de sujets en état de mort encéphalique (moins de 4 000 sur 587 000 décès en 2016) est inégalement abouti, alors que ces sujets sont peu nombreux et les délais d'intervention contraints. Les liens entre les équipes des établissements autorisés à effectuer des prélèvements et les services d'urgence et de réanimation doivent être renforcés afin de mieux anticiper les prélèvements possibles.

Pour sa part, le prélèvement sur des sujets en arrêt cardiaque irréversible (catégories de sujets dites « Maastricht II et III ») concerne

quelques centaines de sujets et connaît une progression inégale.

Le développement des dons du vivant (611 greffes en 2017, essentiellement de reins) rencontre quant à lui des obstacles. En particulier, les néphrologues et centres de dialyse sont inégalement sensibilisés à cet enjeu, alors qu'ils sont les mieux à même d'informer leurs patients sur l'intérêt du don d'un rein par l'un de leurs proches.

Rééquilibrer l'offre et la demande de greffons

Afin d'augmenter le nombre de greffons disponibles, les catégories autorisées de prélèvement ont été de plus en plus étendues, en France comme à l'étranger, à des sujets âgés ou connaissant certaines pathologies.

Cependant, cette extension ne comble pas l'insuffisance des greffons par rapport aux besoins. En effet, les greffes répondent à un nombre croissant de problèmes de santé. En outre, le nombre de patients éligibles à la greffe s'accroît sous l'effet du recul des âges limite et des contre-indications et de l'allongement de l'espérance de vie des patients affectés par des pathologies chroniques. En revanche, les sources traditionnelles de prélèvement diminuent, du fait de la baisse de la mortalité par AVC et par accident de la route.

Plusieurs leviers doivent ainsi être mobilisés afin de relancer les prélèvements : la poursuite de l'extension des indications médicales de prélèvement et de greffe ; une efficacité accrue des équipes

La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser

spécialisées dans le signalement des sujets sur lesquels des prélèvements pourraient être pratiqués ; l'homogénéisation des pratiques des équipes dans l'abord des familles des défunts ; une sensibilisation renforcée des néphrologues et des proches des personnes affectées d'une maladie rénale chronique.

Il importe aussi de mieux prévenir les pathologies à l'origine de besoins de greffe, notamment l'insuffisance rénale chronique terminale, par un dépistage accru de la maladie rénale chez les personnes diabétiques ou hypertendues et par une prévention mieux assurée de l'obésité.

Porter une attention renouvelée à l'égalité des chances des patients

L'égalité des chances des patients en attente de greffe est un ressort déterminant de l'adhésion de la population au prélèvement d'organes.

À cet égard, l'ABM devrait favoriser une réduction des écarts de pratique des néphrologues dans l'inscription de leurs patients sur la liste nationale des patients en attente d'une greffe de rein.

Il importe par ailleurs que l'ABM continue à améliorer la conception des scores d'attribution des greffons, à la lumière d'études précises sur les résultats des algorithmes en vigueur.

L'ABM et les établissements concernés doivent enfin s'engager résolument à fiabiliser les données prises en compte pour calculer le score des patients en attente d'une greffe. Les audits espacés de l'ABM sur la conformité des informations prises en compte pour le calcul des scores d'attribution de greffons avec les dossiers médicaux font en effet apparaître de fréquentes anomalies.

Renforcer la surveillance de l'ensemble des maillons de la chaîne de la greffe

Au regard des risques que comportent les prélèvements et les transplantations d'organe, l'ABM doit inviter plus fermement les établissements de santé à lui déclarer l'ensemble des incidents significatifs qui surviennent.

Alors que le nombre de patients greffés et de donneurs va continuer à croître, les dispositifs de suivi de leur état de santé doivent eux aussi être améliorés.

Enfin, il convient que l'ABM détecte plus rapidement les fréquences d'échec de greffe qui pourraient traduire des risques anormaux pour la santé des patients dans certains établissements.

Employer de manière plus efficiente les moyens accordés

Les activités de prélèvement et de transplantation d'organe comportent des marges d'optimisation des moyens engagés pour les réaliser.

La politique des greffes : une chaîne de la greffe fragile à mieux organiser

Sauf exception, les greffes d'organe sont effectuées par l'un des 30 CHU. Néanmoins, plusieurs de ces établissements ont une activité réduite en ce domaine. Afin de favoriser la qualité et la sécurité des soins, les activités de transplantation devraient être autorisées en fonction notamment de seuils d'activité différenciés par organe.

Par ailleurs, une réflexion devrait être engagée en vue de mettre en place un maillage plus optimal des laboratoires d'analyse spécialisés pour les greffes, notamment de cellules souches hématopoïétiques.

Enfin, certains tarifs devraient être révisés, notamment ceux relatifs aux analyses d'histocompatibilité pour la moelle osseuse (pour certains supérieurs de 5 à 30 fois aux coûts constatés).

Recommandations

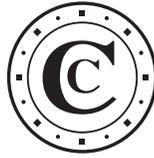
31. Analyser les causes des disparités régionales pouvant être constatées en matière d'opposition au prélèvement et développer les actions visant à homogénéiser les pratiques des équipes de prélèvement dans l'entretien avec les proches du défunt (Agence de la biomédecine).

32. Relancer les prélèvements, en accompagnant le développement et la médicalisation des réseaux de prélèvement, en augmentant les actions de formation des équipes de coordination hospitalières, en sensibilisant davantage les professions médicales et en établissant des référentiels de bonnes pratiques (Agence de la biomédecine, ministère chargé de la santé, Haute Autorité de santé).

33. Mettre en œuvre un plan de sécurisation des pratiques des équipes de transplantation et des données médicales des patients greffés, reposant notamment sur une refonte des outils et des procédures d'enregistrement des données et sur la formalisation de chaînes de responsabilité, et approfondir le travail d'objectivation des scores d'attribution des greffons (Agence de la biomédecine).

34. Instaurer des seuils minimaux d'activité par site géographique pour les différents organes transplantés (recommandation réitérée) (ministère chargé de la santé).

35. Rationaliser l'implantation des laboratoires d'analyse spécialisés pour la greffe (ministère chargé de la santé, Agence de la biomédecine).



9 L'assistance médicale à la procréation : une efficience à renforcer

L'assistance médicale à la procréation, dite aussi procréation médicale assistée (PMA), permet aux personnes en situation d'infertilité de mener à bien un projet de naissance d'enfant.

La PMA peut être effectuée soit par une insémination artificielle intra-utérine, soit par une fécondation *in vitro* (FIV), suivie d'un transfert de l'embryon dans l'utérus. Elle peut être réalisée avec les gamètes du couple souhaitant obtenir une naissance ou avec celles d'un donneur.

Indépendamment des questions éthiques étrangères à ses attributions, la Cour s'est penchée sur l'organisation, le fonctionnement, le coût et les résultats du dispositif français de PMA, tel qu'il se présente avant la révision en cours de la loi relative à la bioéthique. Comme les autres domaines du soin, la PMA présente des enjeux d'efficience qui devraient être mieux reconnus.

Une offre diversifiée, un coût significatif pour l'assurance maladie

L'offre sanitaire de PMA consiste en des centres et des laboratoires publics et privés et, s'agissant de l'insémination artificielle, de gynécologues de ville.

Cette offre est équilibrée entre secteurs public et privé (en dehors d'activités spécifiques exercées surtout dans le secteur public).

Elle assure une couverture globalement adaptée aux besoins. Un peu plus de la moitié des départements, concentrant plus de 70 % des femmes de 20 à 39 ans, disposent d'une offre publique ou privée de fécondation *in vitro*. L'offre d'insémination artificielle est plus nombreuse que celle de FIV et plus répandue sur le territoire.

Les couples faisant appel à la PMA entrent dans un parcours comportant une série de consultations, d'actes biologiques et cliniques, accompagnés pour la FIV d'un séjour hospitalier pour prélèvement d'ovocyte. Ce parcours de soins est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie jusqu'au 43^{ème} anniversaire de la femme.

Selon l'estimation de la Cour, le coût total de la PMA pour l'assurance maladie atteignait près de 300 M€ en 2016. Le coût d'une naissance issue d'une insémination artificielle s'élevait à 7 088 euros en moyenne ; celui d'une naissance issue d'une FIV à 13 849 euros (toutes modalités confondues).

L'assistance médicale à la procréation : une efficacité à renforcer

Des résultats dans la moyenne européenne

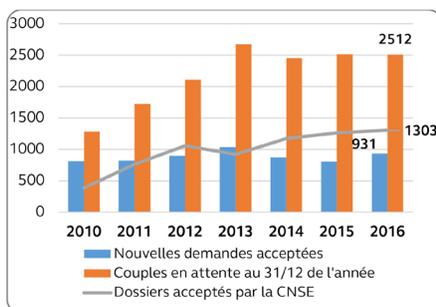
En 2017, 25 614 enfants sont nés d'une PMA. La PMA est à l'origine d'une part croissante des naissances : 3,3 % en 2017, contre 2,7 % en 2010 et 2 % en 2002.

Indépendamment de la révision en cours de la loi relative à la bioéthique, la part de la PMA dans l'ensemble des naissances devrait continuer à croître sous l'effet de la hausse tendancielle de l'âge moyen à la procréation.

Les taux de naissance par tentative de FIV placent la France à un niveau intermédiaire entre les pays européens les plus performants et ceux qui le sont moins : en 2016, 20 % des FIV issues de transferts d'embryons non congelés ont permis une naissance en France, contre 28 % au Royaume-Uni et 16,9 % en Italie. L'écart avec les performances britanniques dénote des marges de progression pour les centres clinico-biologiques français.

L'insémination artificielle est la forme d'assistance à la procréation la plus simple, la moins invasive et la moins coûteuse. Cependant, elle présente des taux de naissance par tentative inférieurs à ceux de la FIV : en 2016, 10,6 % des inséminations intraconjugales ont ainsi permis une naissance. Elle est plus largement proposée en traitement de première intention en France que dans la plupart des autres pays européens. Dans 95 % des cas, elle est intraconjugale, alors qu'elle est souvent associée dans les autres pays à un don de sperme par un tiers.

Demandes de PMA avec don d'ovocytes (2010-2016)



Source : ABM.

Facteur de risque accru pour la mère et l'enfant, les accouchements multiples, fréquemment associés à la PMA, ont diminué de 15,9 % en 2013 à 11,7 % en 2017 pour les FIV, sous l'effet de la part croissante des transferts d'un seul embryon dans l'utérus (50,6 % en 2017, contre 35,9 % en 2013). S'agissant des inséminations artificielles, le taux de naissances multiples, soit 9,4 % en 2017, a légèrement décliné.

Des résultats médiocres en matière de PMA avec don de gamètes, malgré des progrès récents

La loi française pose le principe du don anonyme et gratuit. Elle interdit au donneur de désigner le bénéficiaire de son don.

Les dons de sperme permettent aujourd'hui de répondre à la demande dans des délais généralement inférieurs à un an. Mais le nombre réduit de donneurs (404 en France en 2017) est un facteur de fragilité.

L'assistance médicale à la procréation : une efficacité à renforcer

En matière de dons d'ovocytes, l'offre demeure insuffisante pour répondre à la demande nationale, en dépit de la possibilité conférée depuis 2015 aux personnes sans enfant de donner leurs gamètes. Les donneuses sans enfant sont autorisées à conserver une partie des ovocytes prélevés en vue d'un projet ultérieur de naissance, ce qui a permis de dynamiser l'offre d'ovocytes (756 prélèvements en 2017, soit +40 % par rapport à 2015, dont 245 chez des femmes sans enfant).

Ainsi, 1 069 couples ont bénéficié d'un don d'ovocytes en 2017, mais 2 726 autres couples restaient dans l'attente d'un don en fin d'année. Cette attente, qui peut durer de deux à cinq ans, est plus courte si le couple présente une tierce personne acceptant de donner des ovocytes à un couple tiers anonyme.

Conséquence de la pénurie d'ovocytes, le recours à des soins transfrontaliers ne cesse de croître. Depuis 2014, les nouvelles demandes financées par l'assurance maladie dépassent les nouveaux patients pris en charge en France. Le dynamisme du flux de patients vers l'étranger (Espagne et République tchèque notamment) atteste l'insuffisance de l'offre nationale en ovocytes. L'écart entre l'offre et la demande rend très ambitieux l'objectif d'autosuffisance nationale en gamètes à droit constant.

Des activités de recherche soumises à de fortes contraintes

Le régime juridique de la recherche sur la reproduction et l'embryologie est fixé par les lois bioéthiques. Il repose sur le principe selon lequel est interdit

tout ce qui n'est pas expressément autorisé par le ministère de la santé ou ses agences sanitaires.

Avant 2016, la recherche sur l'embryon a été ralentie par une forte instabilité de son cadre juridique.

Des procédures d'autorisation complexes s'appliquent par ailleurs à la recherche biomédicale et aux innovations en PMA. Elles n'incitent pas les équipes médicales à rechercher et à tester des procédés novateurs.

Malgré l'implication des grands organismes de recherche et le concours des CHU, la recherche clinique française en médecine de la reproduction jouit d'une visibilité internationale limitée. Elle aborde surtout la préservation de la fertilité ; l'assistance médicale à la procréation y est peu représentée.

Améliorer l'efficacité de la PMA

L'assurance maladie remboursant jusqu'à six tentatives d'insémination, certains praticiens poursuivent cependant ce traitement après quatre échecs, malgré les risques de pertes de chances pour certaines patientes. L'Agence de la biomédecine devrait analyser l'intérêt du recours à l'insémination artificielle en fonction des indications d'infertilité et évaluer le service attendu au titre de chacune des tentatives successives d'insémination.

Les fréquences de succès des tentatives de PMA sont hétérogènes entre centres et laboratoires pour des raisons qui ne sont pas exclusivement liées à des différences de patientèle. L'ABM publie sous la forme d'un

L'assistance médicale à la procréation : une efficience à renforcer

graphique de lecture malaisée des taux d'accouchement standardisés par centre de PMA. Pour 2016, ils allaient de 9,7 % à 32 % pour la FIV et de 6,2 % à 16,8 % pour l'insémination artificielle. L'ampleur de ces écarts justifierait qu'une information plus complète et lisible soit donnée au public.

La CNAM adapte enfin trop lentement la nomenclature des actes de biologie aux évolutions techniques dans le

cadre bioéthique en vigueur. Cela est particulièrement pénalisant pour la FIV, dont une part importante des dépenses se rapporte aux actes de biologie (entre 22 % et 35 % selon le statut des centres et la technique utilisée). À la suite des avis rendus par la Haute Autorité de santé, l'actualisation de la nomenclature des actes biologiques devrait intervenir dans un délai impératif.

Recommandations

36. Analyser l'intérêt de l'insémination artificielle dans le traitement de l'infertilité en se fondant sur les données des patient(e)s et les informations transmises par les laboratoires, pour justifier le nombre de tentatives prises en charge par l'assurance maladie (ministère chargé de la santé, CNAM).

37. Améliorer l'information du public sur les résultats des centres clinico-biologiques et des laboratoires d'insémination artificielle en termes de naissances par tentative d'assistance médicale à la procréation et de taux de grossesses multiples (Agence de la biomédecine).

38. Conformément à la recommandation réitérée de la Cour d'une actualisation plus fréquente de cette nomenclature, encadrer dans un délai impératif l'adaptation de la nomenclature des actes de biologie médicale remboursables par l'assurance maladie faisant suite aux avis de la HAS (ministère chargé de la santé).



10 La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier

Une place croissante des téléservices

Les caisses du régime général de sécurité sociale proposent des téléservices dans cinq domaines : la demande de prestations, la simulation de droits, la gestion du dossier de l'assuré, le suivi des démarches engagées et la messagerie.

Le développement des téléservices a profondément transformé les relations des caisses avec les assurés, en permettant à ces derniers d'effectuer un nombre croissant de démarches en ligne (sur ordinateur ou sur téléphone mobile), à partir d'un compte personnel, ou sur des bornes situées dans les accueils physiques.

Tous les foyers qui perçoivent des prestations versées par les CAF ont un compte personnel sur internet. Fin 2018, il y avait par ailleurs près de 29,6 millions de comptes personnels *Ameli* (contre 20 millions fin 2015) et 8,5 millions de comptes personnels pour la branche vieillesse (contre 7 millions fin 2017).

En 2018, 45,8 millions de connexions sont intervenues en moyenne mensuelle pour la branche famille, 27,6 millions pour l'assurance maladie et 3,9 millions pour la branche vieillesse.

Une mutation inégalement engagée

L'offre de téléservices s'étoffe régulièrement, mais certaines démarches administratives ne sont toujours pas accessibles en ligne. C'est notamment le cas en matière de demandes de prestations ou de déclarations de ressources (pensions d'invalidité, minimum vieillesse, complément de libre choix du mode de garde de la PAJE pour les familles faisant appel à une crèche ou une micro-crèche).

Malgré le développement des usages numériques, les modes de contact traditionnels – téléphone, courriers papier, visites aux accueils – déclinent, mais restent encore largement utilisés par les assurés.

Certes, le numérique peut simplifier les démarches, en facilitant l'attribution automatisée de prestations et en allégeant les obligations de déclaration de données et de production de pièces à la charge des assurés. Mais les obligations des assurés restent lourdes. En outre, la télétransmission des données n'implique pas nécessairement un raccourcissement des délais de traitement de leurs demandes.

La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier

Les caisses de sécurité sociale ont réalisé des gains de productivité du fait du numérique, grâce à la redéfinition de l'accueil physique (remplacement de l'accueil au guichet par des espaces en libre-service, accueil sur rendez-vous) et à la baisse des appels téléphoniques. Mais dans les services qui gèrent les prestations, les gains de productivité sont freinés par la complexité de la réglementation, par les fonctionnalités incomplètes d'applications informatiques souvent anciennes et par la persistance de traitements manuels à automatiser.

Les conventions d'objectifs et de gestion des branches du régime général de sécurité sociale avec l'État pour 2018-2022 comportent des engagements renforcés en matière de qualité de service aux assurés. Mais la relation de service présente des faiblesses récurrentes. Ainsi, les niveaux de satisfaction aux appels téléphonique (temps d'attente et qualité de la réponse) et aux courriels (délais de réponse) sont insuffisants. Faute de réponses adaptées, les réitérations de contacts sont fréquentes quand elles sont mesurées. La gestion des réclamations se caractérise elle aussi par des insuffisances.

Faciliter les relations numériques entre les assurés et les caisses

Malgré le principe « Dites-le nous une fois » posé par le législateur en 2011, les assurés doivent encore déclarer des

informations et produire des pièces déjà détenues par d'autres administrations (comme l'avis d'imposition pour les prélèvements sociaux sur les pensions d'invalidité).

Afin de les en dispenser, les données devraient être plus fortement mutualisées entre administrations. Cette mutualisation accrue pourrait prendre la forme de nouveaux rapprochements de fichiers entre administrations et d'échanges individualisés de données dans le cadre de France Connect¹¹. Les caisses de sécurité sociale sont encore inégalement impliquées dans ce dernier dispositif.

Un autre enjeu concerne la réduction des erreurs, trop fréquentes, qui affectent les prestations versées du fait de données déclaratives erronées et d'erreurs portant sur leur traitement par les caisses. Le mode de production des prestations doit évoluer vers l'acquisition de données fiables et la généralisation du traitement automatisé de celles-ci. Dans cet objectif, la base des ressources mensuelles mise en place pour la réforme des aides au logement¹² doit également être utilisée pour le RSA, la prime d'activité, les pensions d'invalidité et la CMU-C.

Contrairement aux pratiques jusque-là souvent suivies, la refonte programmée des applications de gestion des prestations devrait être conçue en intégrant d'emblée et de manière systématique la mise en place de téléservices et de restitutions

¹¹ À partir d'un seul identifiant et d'un seul mot de passe, l'assuré peut accéder à ses comptes personnels dans les différentes administrations. Il peut par ailleurs les autoriser à partager leurs données le concernant (comme l'avis d'impôt sur le revenu).

¹² Alimentée notamment par les données de la déclaration sociale nominative des salariés (DSN) et par celles des prestations sociales perçues.

La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier

dématérialisées d'informations aux assurés (par des possibilités de consultation de la situation de leur dossier ou l'envoi de courriels).

Prendre en compte les besoins de l'ensemble des assurés

Environ 18 % des adultes n'utilisent jamais ou sont bloqués dans l'usage des outils informatiques ; ce taux atteint 23 % pour les 60-69 ans et 46 % pour les non diplômés.

Les caisses de sécurité sociale doivent renforcer les actions visant à réduire la « fracture numérique » dans l'utilisation des services qu'elles mettent à la disposition des assurés. À cette fin, les branches maladie et vieillesse devraient déployer une stratégie nationale d'inclusion numérique, comme a commencé à le faire la branche famille.

Chaque branche du régime général a déployé ses propres téléservices. Afin de simplifier les démarches et de faciliter l'accès aux droits des assurés, des parcours inter-branches devraient être définis pour les événements de la vie. Ainsi, les grossesses devraient pouvoir être déclarées sur un téléservice commun aux branches maladie et famille.

Mieux articuler les modes de contact en fonction de la situation des assurés

Les caisses de sécurité sociale ont réduit le nombre de sites d'accueil, notamment les permanences hébergées par des partenaires qui recevaient peu d'assurés et, souvent, les durées d'ouverture au public. Dans le même temps, l'offre de

services chez les partenaires a été rendue plus accessible, à la suite notamment de la création des maisons de services au public (MSAP) en 2015.

Compte tenu du développement des téléservices, les caisses de sécurité sociale ont mis en place une réponse graduée aux demandes des assurés : un premier niveau d'aide aux démarches et d'accompagnement à l'utilisation des téléservices, assuré par les caisses ou par des partenaires ; un second niveau de renseignement expert sur la réglementation, de suivi des dossiers individuels et de traitement personnalisé des situations complexes, assuré exclusivement par les caisses.

Il convient de garantir, sur l'ensemble du territoire, la présence d'une offre territoriale de proximité assurée principalement par des partenaires et l'accessibilité d'une offre de second niveau assurée par les caisses elles-mêmes.

S'agissant de l'offre de premier niveau, le gouvernement a décidé la création de 2 000 maisons France services, qui succéderont d'ici à 2022 aux MSAP avec un « socle » renforcé de services communs.

L'accessibilité de l'offre de second niveau dépend quant à elle notamment du développement des rendez-vous à distance (téléphone, web-rendez-vous) et d'une amélioration de la qualité de la réponse téléphonique.

Par ailleurs, il convient d'améliorer l'accueil, notamment en rendez-vous, qui permet d'éviter la file d'attente au guichet pour traiter les situations complexes. En effet, les accueils sur rendez-vous ne sont pas toujours

La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier

suffisamment ciblés, préparés ou conclusifs, ce qui favorise la réitération de contacts.

Enfin, les téléservices se sont pour partie juxtaposés plutôt que substitués aux modes traditionnels de contact : des données et événements sont déclarés plusieurs fois sur des supports distincts ; des prestations et aides sont demandées plusieurs fois selon des modalités différentes. De plus, les assurés continuent à se rendre aux accueils, à adresser des courriers papier ou à passer des appels téléphoniques pour des démarches qui

pourraient être effectuées par le canal numérique.

Afin d'orienter les assurés vers le mode de contact le mieux adapté à leurs besoins, les caisses doivent analyser leurs besoins, définir une offre adaptée aux situations complexes ou de fragilité et déterminer les canaux à privilégier ; cette modélisation des parcours-usagers s'engage à peine. Les caisses doivent par ailleurs être dotées d'un système d'information qui leur restitue l'ensemble des contacts des assurés et de leurs motifs ; cela n'est encore le cas dans les branches famille et vieillesse.

La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier

Recommandations

39. Simplifier les démarches des assurés en généralisant les formalités réalisables sur leurs espaces personnels des sites caf.fr, ameli.fr et lassuranceretraite.fr ; en proposant des téléservices communs aux branches pour déclarer les événements de la vie (grossesse, naissance, séparation, départ à la retraite, perte d'un conjoint) ; en développant les téléservices utilisant le dispositif France Connect, par lequel les assurés autorisent le recueil et l'utilisation de leurs données individuelles auprès des administrations qui en sont à l'origine (ministères chargés de la sécurité sociale et du numérique, caisses nationales).

40. Étendre l'utilisation des données de la base des ressources mensuelles à l'ensemble des droits et prestations faisant intervenir cette notion, ainsi que le partage entre administrations des informations qui ont trait au séjour, aux événements de la vie et à des droits reconnus (attestations), afin de réduire les formalités demandées, les erreurs d'attribution et de calcul des prestations et le non-recours aux droits sociaux (ministères chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'intérieur, caisses nationales).

41. Fixer aux branches du régime général de sécurité sociale des objectifs nouveaux ou plus ambitieux de qualité du service rendu aux assurés dans cinq domaines : l'accessibilité du service d'accueil téléphonique, la qualité des réponses apportées aux appels téléphoniques et aux courriels, la réduction de la répétition des contacts, le développement d'échanges à distance sur rendez-vous et l'accompagnement à l'utilisation des outils numériques de la sphère sociale (ministère chargé de la sécurité sociale, caisses nationales).

42. Poursuivre l'adaptation des implantations territoriales des caisses dans le sens d'une offre de service graduée, en développant l'accompagnement individualisé accessible dans les sites des caisses ou à distance par téléphone et par web rendez-vous et en améliorant les partenariats d'accueil de proximité (caisses nationales).