

Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Synthèse

Octobre 2020

 **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

Présentation	5
1 Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre	7
Chapitre I - Une trajectoire de retour à l'équilibre à reconstruire	7
Chapitre II - Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des réformes à intensifier	11
Chapitre III - L'évolution des dépenses de prestations familiales et d'assurance retraite entre 2010 et 2019 : des résultats sensibles	13
2 Améliorer l'efficience de notre système de santé	19
Chapitre IV - Approfondir la réorganisation territoriale de l'hôpital public à travers les groupements hospitaliers de territoire	19
Chapitre V - Les financements spécifiques au système de santé (Migac et Fir): simplifier et redéfinir les rôles de l'administration centrale et des ARS	21
Chapitre VI - Réguler plus activement les dépenses et les prescriptions des dispositifs médicaux	24
3 Mieux cibler certaines dépenses de solidarité	27
Chapitre VII - Harmoniser, simplifier et mieux gérer les minima de pension ..	27
Chapitre VIII - Augmenter l'impact des dépenses d'action sociale de la branche famille	30

Sommaire

4 Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion 35

Chapitre IX - Réduire le montant des erreurs affectant le versement des prestations sociales. 35

Chapitre X - Apporter les évolutions nécessaires aux réseaux de caisses des branches de prestations du régime général pour améliorer la qualité de la gestion tout en maîtrisant les coûts 38

Chapitre XI - Sécuriser l'extension du champ de compétence des Urssaf et moderniser la gestion de la collecte des prélèvements sociaux 42

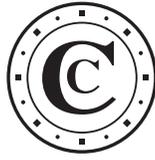
Présentation

En 2020, la situation des premiers mois de l'année, conséquence de l'épidémie de covid-19, a provoqué une chute exceptionnelle des recettes des organismes de sécurité sociale (-27,3 Md€ par rapport à celles prévues par la loi de financement adoptée fin 2019) et l'augmentation des dépenses (+11,5 Md€), essentiellement de l'assurance maladie. Le déficit du régime général de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteindrait en 2020 le niveau inédit de 44,4 Md€. Le Parlement a décidé un nouveau transfert de 136 Md€ de dette sociale à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

Plus encore que la décennie écoulée, qui, après les déficits très élevés consécutifs à la crise financière de 2008, a vu un lent redressement des finances sociales, interrompu cependant en 2019, les prochaines années seront marquées par la nécessité de reconstruire une trajectoire de retour durable des comptes sociaux à l'équilibre.

C'est dans cette perspective que le présent rapport s'attache successivement :

- à mesurer **l'impact des conséquences de la crise sanitaire sur les finances sociales** et à tenter d'éclairer les conditions de leur redressement à travers une analyse rétrospective des mesures de maîtrise des dépenses durant la dernière décennie, tant pour ce qui concerne leur efficacité que leur impact sur la population ou les opérateurs de soins (partie I) ;
- et à poursuivre, dans le droit fil des rapports des années précédentes, l'illustration à travers de nouveaux exemples des possibilités nombreuses permettant de **concilier l'exigence de qualité et celle de la maîtrise des dépenses sociales** dans le domaine de l'assurance maladie (partie II), de l'assurance vieillesse et des prestations familiales (partie III) ou de la performance de gestion des organismes de sécurité sociale (partie IV).



1 Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

I - Une trajectoire de retour à l'équilibre à reconstruire

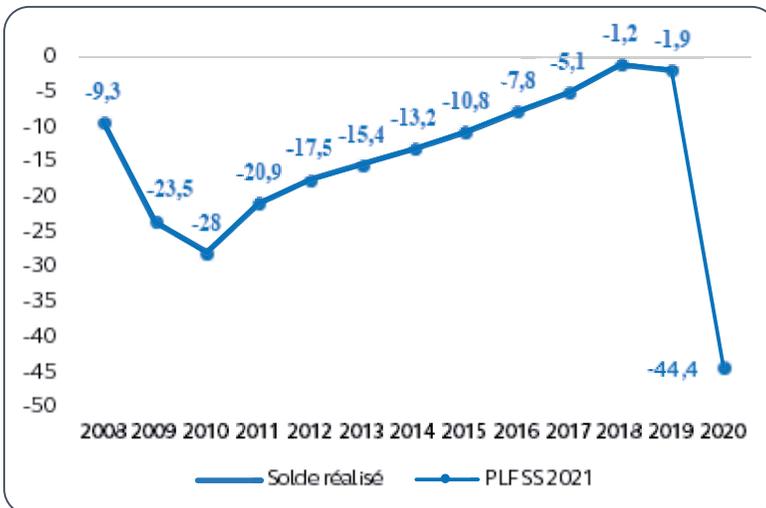
Alors que l'année 2019 s'était conclue par un déficit réduit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), à hauteur de 1,9 Md€, la crise sanitaire va entraîner une dégradation sans

précédent de la situation financière de la sécurité sociale.

Un déficit d'ampleur inédite

Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, le déficit du régime général et du FSV pourrait atteindre en 2020 44,4 Md€ (soit 2 % du PIB).

Évolution du déficit agrégé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) (2008-2020, en Md€)



IEG : industries électriques et gazières

Source : Cour des comptes, d'après les données du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2020

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

Par rapport à la prévision pour 2020 de la LFSS 2020, les recettes chuteraient de 27,3 Md€, soit -5,0 % par rapport à 2019. La masse salariale du secteur privé, qui constitue la principale assiette du financement de la sécurité sociale, diminuerait de 7,9 % en 2020 (contre une hausse

de 2,8 % prévue par la LFSS 2020). La récession économique entraîne une baisse de l'emploi salarié. Les allocations versées dans le cadre du dispositif d'activité partielle sont des revenus de remplacement exonérés de cotisations sociales et assujettis à la CSG à un taux réduit de 6,2 %.

Soldes 2020 du régime général et du FSV
(PLFSS 2021, en Md€)

	2019	2020			
	Réalisé (1)	LFSS 2020 (2)	PLFSS 2021 (3)	Écart à la LFSS (3)-(2)	Variation 2020/2019 (3)-(1)
Maladie	-1,5	-3,3	-29,8	-26,5	-28,3
AT-MP	1,0	1,4	-0,3	-1,7	-1,3
Famille	1,5	0,7	-3,3	-4,0	-4,8
Vieillesse	-1,4	-2,7	-7,8	-5,1	-6,4
Régime général	-0,4	-4,1	-41,2	-37,1	-40,8
FSV	-1,6	-1,4	-3,2	-1,8	-1,6
Vieillesse + FSV	-3,0	-4,1	-11,0	-6,9	-8,0
Régime général +FSV	-1,9	-5,4	-44,4	-39,0	-42,5

Source : Cour des comptes, d'après les données du PLFSS 2021

Pour leur part, les dépenses dépasseraient de 11,5 Md€ la prévision de la LFSS 2020 et augmenteraient ainsi de 5,5 % (contre +2,2 % en 2019). La dynamique des dépenses traduit celle des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui augmenteraient de 7,6 % (contre 2,45 % dans la prévision de la LFSS 2020). Au titre de la crise sanitaire

proprement dite, l'assurance maladie supporterait un surcroît net de dépenses de près de 11 Md€.

Une dette sociale en forte augmentation et allongée de dix ans

Au titre de la seule année 2020, la dette sociale augmenterait d'environ 30 Md€, pour dépasser 146 Md€ en fin d'année.

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

Évolution de la dette sociale (2016-2020, en Md€)

	2016	2017	2018	2019	2020 (p)
(1) Situation nette négative de la Cades	135,8	120,8	105,3	89,1	93,1*
(2) Cumul à l'Acoss des déficits maladie, vieillesse, famille et FSV non repris par la Cades	14,6	20,9	22,7	25,6	53,3
(1)+(2) Dette sociale totale en fin d'année	150,5	141,6	128,1	114,7	146,4*

Source : Cour des comptes

Note : dans ce tableau, il est considéré pour la répartition de la dette sociale entre la Cades et l'Acoss, que la reprise de dette par la Cades prévue par les lois organique et ordinaire du 7 août 2020 est intervenue.

* Dont 3,6 Md€ au titre du régime agricole de retraite des non-salariés.

La hausse considérable des besoins de financement de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), qui emprunte à court terme (moins de 12 mois), a rendu indispensable une reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) afin d'allonger la maturité de l'endettement social. La loi organique et la loi ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie ont organisé à cet effet un nouveau transfert de dette à la Cades dans la limite de 136 Md€, dont 31 Md€ au titre de déficits antérieurs à 2020, mais aussi 92 Md€ pour ceux attendus entre 2020 et 2023, auxquels s'ajoutent 13 Md€ pour la couverture d'un tiers environ des échéances d'emprunts contractés par les hôpitaux publics avant 2020.

La Cades n'ayant pas été dotée de ressources supplémentaires, l'extinction de la dette qui lui a été transférée est repoussée de 2024 à 2033. Au total, la Cades aura ainsi repris près de 400 Md€ de dette depuis sa

création en 1996. À l'époque, la dette sociale devait être éteinte en 2001.

Au-delà de 2020, le maintien de déficits massifs, qui engendraient de nouvelles dettes

La reprise de dette de l'été 2020 a été décidée sans qu'ait été définie une nouvelle trajectoire financière pluriannuelle.

Dans la trajectoire financière prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, le déficit du régime général et du FSV ne se réduirait que lentement, passant d'un peu plus de 27 Md€ en 2021 (1,1 % du PIB) à un peu moins de 20 Md€ en 2024.

Des aléas importants affectent le rebond des recettes du régime général et du FSV attendu en 2021 (+8,7 %). Le ralentissement des dépenses (+3,7 % après +5,5 % en 2020) recouvre notamment près de 9 Md€ de dépenses supplémentaires au titre de l'Ondam, dont 14 Md€ de dépenses hors covid. Hors covid, le taux de progression de l'Ondam atteindrait +6,0 % en 2021,

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

du fait notamment de mesures de revalorisation salariale des personnels des hôpitaux publics et privés non lucratifs et des établissements médico-sociaux (« Ségur de la santé »).

Le montant agrégé des déficits 2020 à 2024 excèderait d'au moins 50 Md€ le montant estimatif de déficits 2020-2023 pris en compte dans la reprise de dette du 7 août 2020 (soit 92 Md€). L'amortissement par la Cades de cette dette supplémentaire serait alors à organiser. Dans l'hypothèse où de nouvelles recettes ne seraient pas affectées à la Cades, l'extinction de la dette sociale se trouverait reportée au-delà de 2033.

Une nécessaire inflexion des dépenses afin de prévenir la poursuite de l'accumulation de la dette sociale

Tant les effets de la crise sanitaire que l'engagement de dépenses supplémentaires à caractère pérenne sont de nature à rendre plus difficile le retour à l'équilibre des comptes sociaux.

Une hausse des recettes affectées à la sécurité sociale apparaît peu envisageable, compte tenu du niveau élevé des prélèvements obligatoires en France et des risques que leur augmentation pourrait présenter pour la reprise économique.

Par conséquent, il convient de définir une nouvelle trajectoire de dépenses, comportant un infléchissement de leur rythme de progression par rapport à celui découlant de la trajectoire pluriannuelle du PLFSS 2021.

Cet effort de maîtrise accrue des dépenses devrait avoir pour premier objectif de ramener le déficit annuel du régime général et du FSV en deçà de la capacité annuelle d'amortissement de

la Cades (soit un peu plus de 17 Md€ prévus pour 2021), afin d'enrayer l'augmentation de la dette globale de la sécurité sociale, prise dans l'ensemble de ses composantes.

Cet effort devrait viser une efficacité et une sélectivité accrues des dépenses, notamment dans les champs de l'organisation des soins et de l'assurance maladie, tout en veillant à préserver la qualité des soins et la couverture sociale des personnes vulnérables.

Avis sur les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2019

La Cour a mission de vérifier la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs au dernier exercice comptable clos, avant qu'ils ne soient soumis à l'adoption du Parlement.

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 2019, qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021, 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.

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

II - Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des réformes à intensifier

Voté chaque année depuis 1997 par le Parlement, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) n'avait jamais été respecté avant 2010. Depuis, et jusqu'à la crise sanitaire, l'Ondam est devenu l'instrument majeur de régulation des dépenses d'assurance maladie.

Un ralentissement du rythme de progression des dépenses jusqu'en 2016 suivi d'un desserrement à partir de 2017

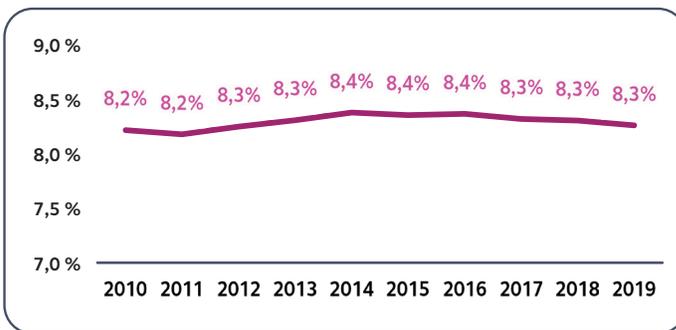
Le renforcement de la régulation des dépenses a permis un net ralentissement de la progression

annuelle des dépenses jusqu'en 2016. En six ans, le taux de progression de l'Ondam a ainsi été ramené de 3 % en 2010 à 1,8 % en 2016.

À partir de 2017, le niveau de l'objectif annuel a été sensiblement desserré : la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 a ainsi prévu un taux de croissance de l'Ondam annuel de 2,3 % sur la période. Pour 2019, ce taux a été relevé à 2,5 % pour la mise en œuvre du plan « Ma santé 2022 »¹. Puis la crise des urgences hospitalières a conduit, avant même que survienne la crise sanitaire, à rehausser l'Ondam 2020 à 2,45 %.

Malgré ces évolutions de fin de période, l'Ondam rapporté au PIB a été stabilisé, à champ constant, autour de 8,3 %.

Ondam rapporté au PIB (en %)



Source : Cour des comptes, données Insee

Un pilotage financier annuel globalement efficace et à préserver

La réduction du périmètre de biens et services pris en charge par l'assurance maladie, comme cela avait pu être pratiqué antérieurement², a été écartée

comme moyen de maîtrise de l'évolution des dépenses. La part de la dépense de santé restant à la charge des ménages a même légèrement baissé (25% en 2018 contre 26,4% en 2010), et la France reste ainsi le pays d'Europe dans laquelle cette dernière est la plus faible.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

² La dernière évolution en ce sens a été l'institution de la franchise médicale par l'article 52 de la loi de financement pour 2008.

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

Malgré une efficacité globale pour assurer la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les techniques de régulation mises en œuvre présentent des limites. En particulier, à la différence des dépenses d'hospitalisation ou du secteur médico-social et à l'exception de la biologie, il n'existe pas de mécanismes de régulation infra-annuels permettant de garantir le respect de l'évolution des dépenses de médecine de ville, en particulier des honoraires des professionnels de santé libéraux.

Un programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins pour étayer les mécanismes de régulation

La mise en œuvre des outils annuels de maîtrise financière n'est pas

suffisamment relayée, dans une perspective de plus long terme, par l'exploitation des multiples gisements d'efficacité et de qualité que présente le système de santé. Au côté des mécanismes visant au respect de l'objectif annuel de dépenses, un cadre pluriannuel d'ajustements et de restructurations devrait être institué. Suivis dans la durée, sous le contrôle du Parlement, ceux-ci auraient notamment pour objectif d'agir sur les conditions de production des soins délivrés à la population par les établissements ou professionnels de santé.

Recommandations

1. 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. Accroître la robustesse des trajectoires tracées par l'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale en les adossant à une analyse des principales variables (épidémiologie, gains de productivité, innovation, évolution des comportements de consommation de

soins, évolutions démographiques), ainsi qu'à la définition et à la programmation des actions à engager et à conduire pour en assurer le respect tout en préservant et améliorant la qualité des soins.

3. Améliorer la qualité et la rigueur des évaluations des gains d'efficacité figurant à l'annexe 7 des lois de financement de la sécurité sociale et constatés au titre du dernier exercice clos.

4. Accroître la contribution des soins de ville à l'effort de régulation des dépenses de santé, en mettant en place un dispositif permettant de compenser un dépassement des objectifs.

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

III - L'évolution des dépenses de prestations familiales et d'assurance retraite entre 2010 et 2019 : des résultats sensibles

Des dépenses de prestations familiales stabilisées

Les prestations familiales légales (hors logement) ont été stabilisées

après avoir augmenté, depuis le début des années 2000 et jusqu'en 2014, à un rythme annuel soutenu de +2,2 %.

Cette évolution a été facilitée par le net ralentissement de la natalité depuis 2014 (en 2019, 66 000 naissances de moins ont été enregistrées par rapport à 2014).

Mais la stabilisation en valeur des dépenses de prestations familiales résulte également de choix assumés.

Évolution des dépenses de prestations familiales* (en Md€ courants)



* Hors logement depuis 2006 et hors allocation de parent isolé – API – et allocation aux adultes handicapés – AAH – jusqu'en 2009,

Source : États financiers combinés de la branche famille (2006-2019)

Des choix assumés

La revalorisation annuelle des prestations a été fixée à des niveaux inférieurs à celui de l'inflation : de 2016 à 2019, la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) a augmenté de 1,7 % pour une inflation de 4,3 %.

Plusieurs réformes ont eu pour effet de différencier les aides aux familles comprenant de jeunes enfants

selon leurs revenus. Les dépenses d'allocations familiales ont également été stabilisées et leur montant est désormais modulé : le montant des allocations familiales versées aux 472 000 familles dépassant certains seuils de revenus (soit 10 % des bénéficiaires à cette date) a ainsi été divisé par deux ou par quatre.

D'autres réformes ont concerné les aides à la garde des jeunes enfants avec le but de limiter la durée

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

du congé parental pris par chacun des parents en vue de favoriser le retour des femmes à l'emploi et d'inciter au partage du temps de congé entre les deux parents.

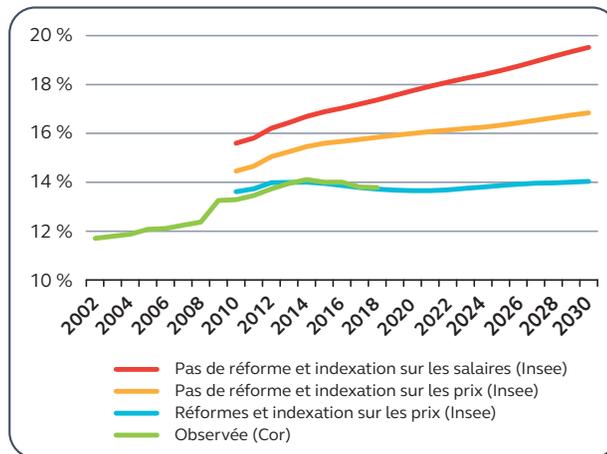
Certaines prestations destinées aux familles les plus démunies ont été augmentées, de façon parfois très significative, depuis 2013 : + 653 M€ (+ 39 %) pour le complément familial, notamment avec un complément familial majoré de 50 % pour les familles nombreuses les plus modestes, + 469 M€ (+ 36 %) pour l'allocation de soutien familial dont les 750 000 bénéficiaires ont vu la prestation revalorisée de 27,5 % entre 2014 et 2008, + 77 M€ (+35 %) pour les allocations aux enfants handicapés.

Le rythme d'augmentation des dépenses des retraites sensiblement réduit par les réformes successives

En une vingtaine d'années, le système de retraite a connu cinq réformes d'ampleur touchant les retraites de base, en 1993, 2003, 2008, 2010 et 2014. Outre des hausses de cotisations, ces réformes ont agi sur l'âge de départ à la retraite et le niveau des pensions, selon différentes mesures. La proportion des dépenses de retraite rapportées au PIB a fortement progressé entre 2002 et 2014, passant de 11,7 % à 14,1 %, avant de se stabiliser autour de 14 %.

*
**

**Dépenses de retraite rapportées au PIB
avec et sans les réformes des retraites de base depuis 1993**



Sources : A. Marino, Insee, 2014 ; rapport du Conseil d'orientation des retraites (Cor) de novembre 2019

Note : projections basées sur l'hypothèse de gains de productivité de 1,3 % par an à terme.

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

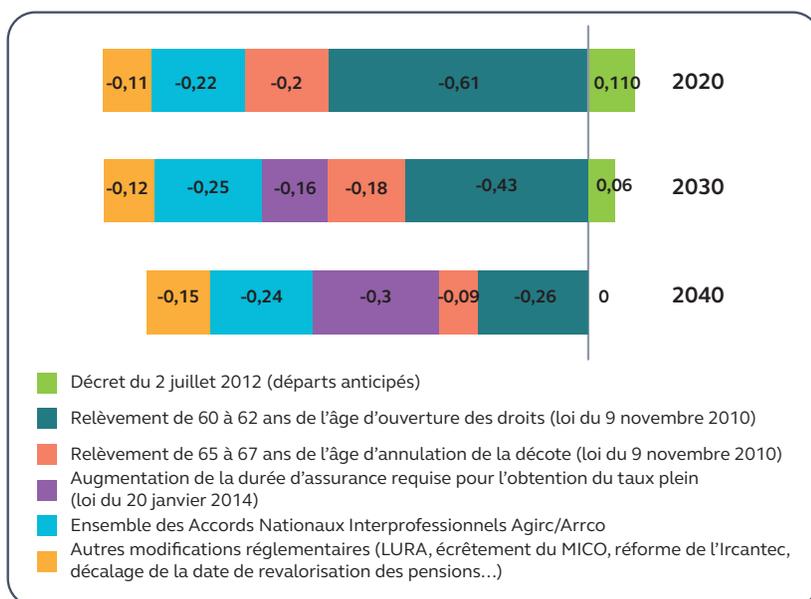
Les réformes successives des retraites intervenues depuis 1993 et, depuis la fin des années quatre-vingt, l'indexation sur l'inflation des éléments servant au calcul de la pension et de ses revalorisations ultérieures, ont contribué à stabiliser la part des dépenses des régimes obligatoires dans le PIB.

Le niveau de vie moyen des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population reste toutefois un peu supérieur à 100 % (105 % en 2018).

Les effets contrastés des mesures portant sur l'âge légal ou sur la durée de cotisation

Parmi les leviers mis en jeu par les réformes, l'allongement de la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein a un effet durable mais progressif, alors qu'à l'inverse le relèvement de l'âge légal de départ a un effet important à court terme qui décroît avec le temps : le recul de l'âge légal de la retraite contribuerait ainsi aux économies de dépenses liées à toutes les réformes depuis 2010 à hauteur de 80 % en 2020, mais seulement un tiers en 2040.

Synthèse de l'effet de chaque mesure mise en œuvre depuis 2010 sur les masses de pensions servies par l'ensemble des régimes (en point de PIB)



Source : H. Martin, « Impact des réformes de 2010 à 2015 sur les masses financières des régimes de retraite », Drees, décembre 2016

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

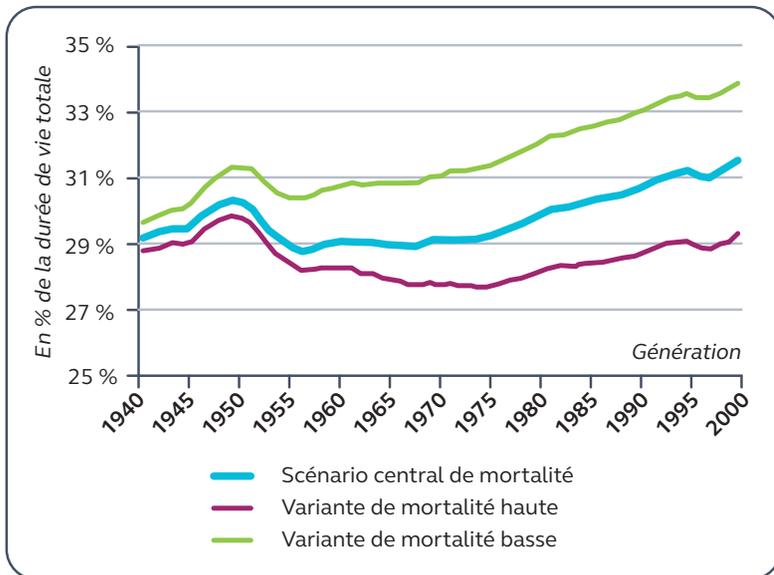
Les salariés à bas revenus ou ayant subi des périodes de chômage plus touchés par les réformes

Ces réformes ont cependant des impacts en termes d'équité entre générations et entre catégories d'assurés.

Les évolutions selon les générations de la durée de vie en retraite, ainsi que le taux de remplacement (montant

moyen des pensions rapporté au revenu moyen d'activité) permettent d'apprécier cette notion d'équité. Les générations les plus jeunes bénéficieraient d'une amélioration de la durée de vie à la retraite ; en revanche, le montant moyen des pensions rapporté au revenu moyen d'activité, ou taux de remplacement moyen, passerait de 55 à 45 % entre les générations 1950 et 1990.

Durée de retraite en proportion de la durée de vie



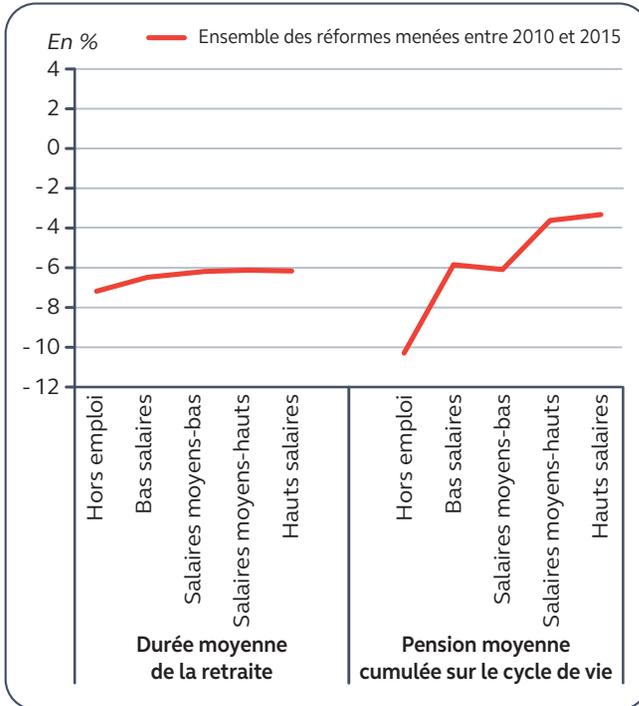
Source : rapport annuel du Cor de juin 2019

Enfin, les réformes des retraites ont également cherché à en atténuer les effets pour les assurés ayant de faibles pensions : majoration du minimum contributif au titre des trimestres cotisés (2004), réduction du salaire

nécessaire pour valider un trimestre au régime général (passage en 2014 de 200 à 150 Smic horaires, permettant à un salarié à tiers-temps et rémunéré au Smic de valider quatre trimestres par an), etc.

Une nécessaire inflexion de l'évolution des dépenses pour contenir l'endettement et revenir vers l'équilibre

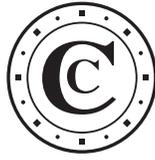
Impact des réformes selon le niveau de salaire



Source : EIC 2009, modèle TRAJECTOIRE, DREES. Scénario macroéconomique B du Cor de la séance de décembre 2014.

Les assurés à bas salaires ou étant sortis précocement de l'emploi ont, cependant, été plus fortement touchés par l'indexation des salaires utilisés pour le calcul de la retraite sur les prix, qui favorise les assurés à carrière pleine et ascendante, généralement à

hauts salaires. À long terme, pour la génération 1980, la perte de pension cumulée liée aux réformes depuis 2010 serait de plus de 10 % pour les assurés en dehors du marché de l'emploi dès 50 ans, contre 3,4 % pour ceux à salaires élevés.



2 Améliorer l'efficiency de notre système de santé

IV - Approfondir la réorganisation territoriale de l'hôpital public à travers les groupements hospitaliers de territoire

Depuis 2016, tout hôpital public doit être membre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). Le GHT est une entité sans personnalité juridique constituée pour dix ans autour d'un projet médical partagé, dans laquelle l'un des hôpitaux, dit support, administre les fonctions mutualisées. Cette réforme avait deux objectifs : améliorer l'accès de la population à des soins hospitaliers de qualité, gradués selon les besoins des patients, et rechercher une gestion plus économe par des mutualisations d'activité entre hôpitaux d'un même GHT.

Des territoires privés de certains types de prises en charge

Le découpage territorial des GHT aurait dû contribuer à corriger les inégalités d'accès aux soins sur le territoire. Il a abouti en pratique à la constitution de GHT hétérogènes, réunissant un trop faible nombre d'établissements sanitaires pour pouvoir atteindre les objectifs de la réforme.

Un nombre significatif de GHT n'offre pas certains types de prises en charge à la po-

pulation : c'est le cas de l'obstétrique en hospitalisation partielle (exercée seulement dans 90 % des GHT), de la psychiatrie (79 % des GHT) et de l'hospitalisation à domicile (54 % des GHT). Il en est de même pour les plateaux médicotéchniques : si la quasi-totalité des GHT offrent un accès à un équipement IRM, scanner ou à un bloc opératoire, les activités interventionnelles (angioplasties, actes de rythmologie, défibrillations, thrombectomies, embolisations utérines, etc.) sont représentées de façon très inégale.

Pour ce qui concerne la prise en charge de pathologies graves et urgentes que sont l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infarctus du myocarde, il apparaît que 24 GHT ne disposent pas d'une unité neuro-vasculaire (UNV). Par ailleurs, 38 GHT ne disposent pas d'un plateau d'angioplastie coronaire. Au total, 35 % des GHT ne disposent pas d'une offre de soins de référence pour ces deux pathologies, obligeant ces groupements à recourir à une coopération avec des établissements privés hors GHT, en contradiction avec les objectifs de la réforme en termes d'égalité d'accès à une offre de soins publique de qualité.

Améliorer l'efficacité de notre système de santé

Des démarches de mutualisation médicales inabouties

Au sein de territoires fortement touchés par une démographie médicale insuffisante, la composition des GHT aurait pu jouer un rôle utile, en associant au sein d'un même groupement des établissements pénalisés par un manque de ressources médicales avec des établissements mieux dotés, susceptibles de leur porter assistance. Pourtant, parmi les GHT implantés dans les 10 départements³ les plus concernés par une démographie médicale défavorable, seule la Creuse a été rattachée à un GHT doté d'un CHU permettant d'atténuer partiellement ces inégalités. À l'opposé, les départements de l'Yonne et de la Seine-et-Marne, qui présentent une situation critique, ont été segmentés en cinq GHT, rendant ainsi plus difficile toute assistance réciproque.

Les démarches de mutualisation et de coopération entre établissements des GHT sont encore peu développées : les projets médicaux partagés, qui déterminent les orientations stratégiques du GHT en matière de soins pour la période 2017-2022, ne sont pas de nature à modifier en profondeur l'organisation des soins. Les deux -tiers des projets d'entraide

entre membres maintiennent les organisations en place et l'autonomie des équipes médico-soignantes de chaque établissement. Seule une minorité des projets médicaux partagés poursuit un objectif d'intégration. Sur les 1 902 filières de soins analysées par la Cour au sein des 129 projets médicaux partagés disponibles, seulement 99 filières (soit 5,2 %) prévoient la création à court ou moyen terme d'un pôle inter-établissement. Les actions ayant pour conséquence le rapprochement de services constituent des situations très rares : 23 sur les 1 560 filières médico-chirurgicales analysées.

Une gouvernance à simplifier

Les GHT n'ont pas été dotés de la personnalité morale. Cela s'avère préjudiciable en termes d'adaptabilité opérationnelle et de consommation de ressources. Ils fonctionnent en effet avec un nombre déraisonnable d'instances de gouvernance, qui alourdissent considérablement le processus de prise de décisions⁴.

En revanche, les GHT dotés d'une direction commune (35% des GHT) ont des dynamiques efficaces, aboutissant souvent à la fusion des établissements du groupement.

³ Dans l'ordre de criticité croissante de l'indicateur d'évolution de la densité médicale entre 2007 et 2016 : l'Ain, l'Eure, la Mayenne, la Seine-et-Marne, la Dordogne, le Gers, la Creuse, le Cher, l'Indre et l'Yonne (source : Ordre national des médecins, *Atlas de la démographie médicale pour 2016*).

⁴ Par exemple, le GHT du Limousin doit actuellement consulter environ 90 instances pour faire évoluer sa convention constitutive ou son PMP. D'autres GHT de taille plus modeste sont également confrontés à la nécessité de consulter une cinquantaine d'instances pour agir sur leur projet médical ou sur une action stratégique.

Améliorer l'efficacité de notre système de santé

Recommandations

5. Réviser rapidement les périmètres des GHT de manière à ce que tous puissent constituer une offre publique cohérente et minimale (*ministère chargé de la santé, ARS*).

6. Mettre en place, à l'initiative des ARS et des communautés hospitalières, des directions communes renforcées et encourager, là où c'est possible, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique (*ministère chargé de la santé*).

7. Afin de renforcer les liens de proximité au sein de chaque territoire,

confier aux établissements de santé parties aux GHT et notamment aux hôpitaux de proximité, la mise en œuvre de la stratégie du groupement au plus près des professionnels de santé, des élus et des besoins de la population (*ministère chargé de la santé, ARS*).

8. Renforcer le suivi de la réforme tant au niveau national que régional et piloter de manière plus opérationnelle le suivi des actions des groupements via un avenant aux conventions constitutives, fixant objectifs et indicateurs de résultat (*ministère chargé de la santé, ARS*).

V - Les financements spécifiques au système de santé (Migac et Fir): simplifier et redéfinir les rôles de l'administration centrale et des ARS

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont financés depuis 2004 en fonction de leur activité sur la base de tarifs au séjour. Néanmoins, des financements résiduels par dotations dites pour « missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation » (Migac) ont vocation à compenser des charges spécifiques. Par ailleurs, les Agences régionales de santé (ARS) disposent depuis 2012 de « fonds d'intervention régionaux » (Fir), qui financent notamment des actions de santé publique d'intérêt régional, principalement par des concours à des établissements de santé ou à des associations.

En 2019, ces deux sources de financement représentent un total de près de 11 Md€.

Des dispositifs trop complexes et devenus peu lisibles

L'enquête conduite par la Cour montre l'existence de chevauchements entre les différentes enveloppes financières, de consignes de gestion ministérielles qui ne permettent pas aux ARS d'orienter suffisamment les financements en fonction d'une appréciation des besoins au plus près du terrain et d'un empilement croissant de lignes budgétaires, certaines de faible montant, difficilement compréhensible par les établissements de santé.

Le nombre de missions d'intérêt général (Mig) n'a cessé d'augmenter, atteignant 78 lignes différentes en 2019 alors que près d'un tiers de l'enveloppe des Mig a servi à financer trois missions en 2019 :

Améliorer l'efficacité de notre système de santé

les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur, 833 M€), les services d'aide médicale urgente (Samu, 249 M€) et la prise en charge des patients en situation de précarité (192 M€).

Le fonds d'intervention régional (Fir) répond quant à lui à l'objectif de doter les ARS, créées en 2009, d'un instrument financier d'intervention pour favoriser, selon les termes de la loi, « des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à cinq types de missions » différentes. En pratique, deux actions représentent plus du tiers des montants liquidés en 2019 : la permanence des soins

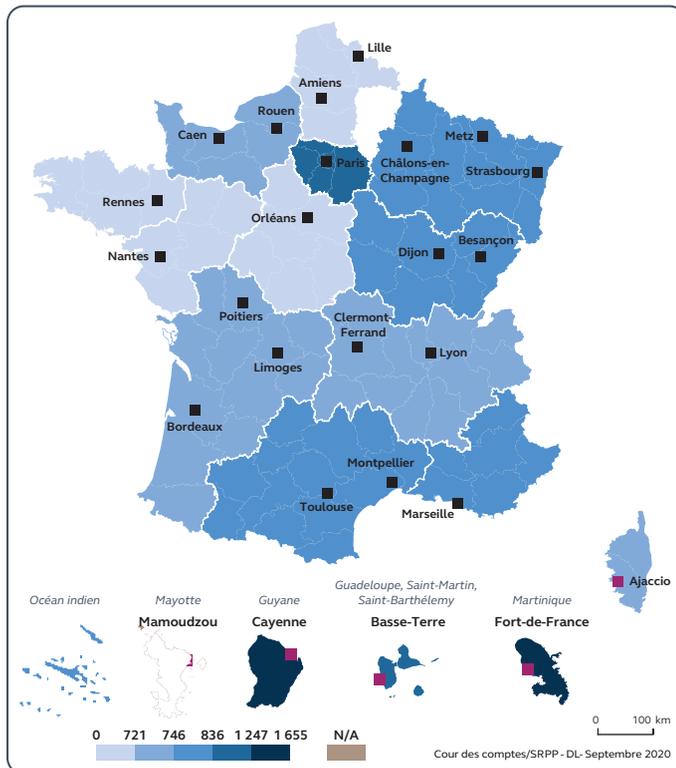
en établissements de santé, d'un montant de 701 M€ environ, et les aides à l'investissement hors plans nationaux, pour près de 541 M€.

La simplification de ces dispositifs et une répartition plus nette des responsabilités entre l'administration centrale et les ARS sont indispensables pour améliorer l'efficacité de l'action publique et en réduire le coût de gestion.

Des disparités importantes selon les régions

Les disparités entre régions sont importantes, comme le montre la carte ci-après.

Montant par habitant 2014-2019 des dotations régionales Migac et Fir, hors crédits non reproductibles (en €)



Améliorer l'efficacité de notre système de santé

Le soutien d'établissements en difficulté et des investissements

Une partie importante des crédits, estimée à 700 M€ environ, a été utilisée en 2018 pour soutenir les établissements en difficulté : 661 M€ en aide à la contractualisation et environ 57 M€ financés sur le Fir. L'essentiel des aides bénéficie en pratique à quelques établissements publics de santé en déficit chronique, en métropole mais surtout, dans des proportions importantes, en Corse et en Outre-mer.

Pour accompagner certains de leurs projets d'investissement, les établissements de santé bénéficient d'aides, essentiellement en exploitation, visant à couvrir leurs charges financières supplémentaires. Ces aides sont déléguées dans le cadre de l'enveloppe Migac ou du Fir. Ce soutien à l'investissement, très significatif, atteindrait pour l'année 2018 un peu plus de 1,5 Md€ : 892 M€ au titre des Migac et 614 M€ au titre du Fir.

Il apparaît également que les équipes médicales et soignantes au sein des

établissements ne sont pas toujours informées de l'existence de ces financements ni de leur correcte affectation.

Enfin, l'octroi par les ARS des financements ne fait pas toujours l'objet d'un contrôle interne suffisamment rigoureux. Le suivi par les ARS des investissements réalisés par les établissements de santé est également très insuffisant.

Réduire le nombre de MIG et laisser plus de marges de manœuvre aux ARS

Au total, il serait justifié de réserver l'utilisation de la dotation Migac au financement des quelques missions ayant vocation à s'appliquer à l'ensemble du territoire, sous réserve d'être allouées conformément à des règles nationales tant pour les montants versés que pour les bénéficiaires. Le financement de l'ensemble des autres missions devrait être transféré au Fir régionaux et serait ainsi délégué aux ARS, à charge pour ces dernières de déterminer des critères d'affectation adaptés aux territoires.

Recommandations

9. Pour les Migac, réduire et réviser la liste des Mig ; basculer en Fir celles qui ne répondent à aucun enjeu national spécifique ainsi que les aides à la contractualisation régionales (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

10. Pour le Fir, définir un référentiel de contrôle interne opposable pour s'assurer de l'efficacité des actions financées (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

11. Assurer un suivi global et par opération des dépenses de soutien à l'investissement (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

12. S'assurer de la bonne affectation des crédits Migac destinés aux activités de soins et de leur visibilité pour les équipes médicales et soignantes concernées (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

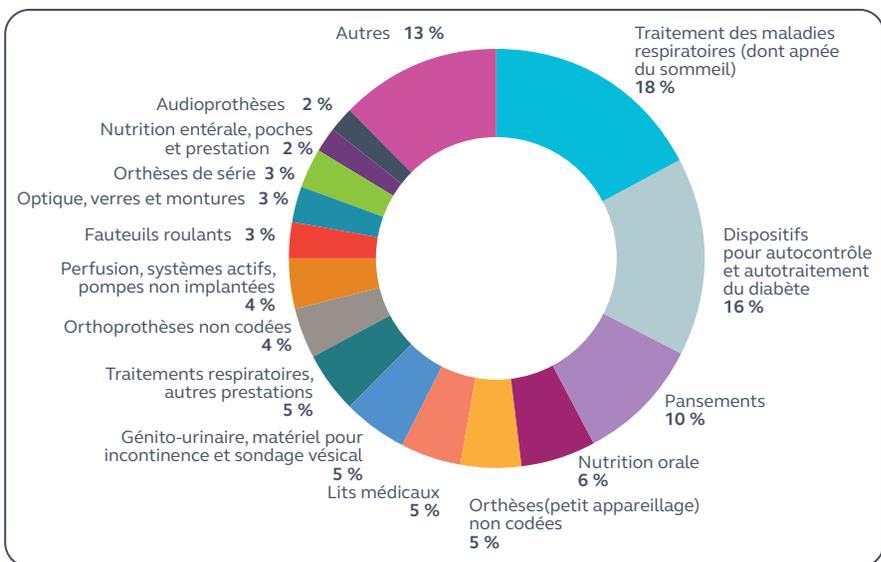
Améliorer l'efficacité de notre système de santé

VI - Réguler plus activement les dépenses et les prescriptions des dispositifs médicaux

L'assurance maladie finance un vaste ensemble de produits de santé relevant de la catégorie des

dispositifs médicaux. Allant du simple pansement au dispositif implantable de haute technologie, ils sont utilisés dans le traitement d'un nombre croissant de maladies en ville ou dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

Remboursements de produits et prestations en ville (2018, en %)



Note : Champ : tous régimes.

Source : calculs Cour des comptes, Cnam

Des dépenses qui restent dynamiques

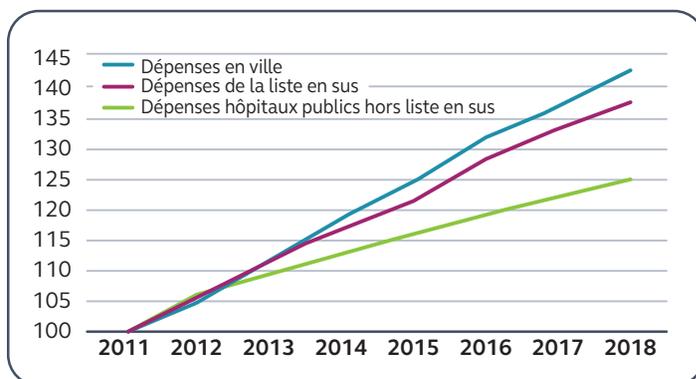
La dépense, évaluée à environ 15 Md€, progresse moins vite depuis quelques années, mais elle reste plus dynamique que l'ensemble des dépenses : en ville, les dépenses ont crû de 4,4 % par an entre 2016 et 2019. Cette croissance s'explique notamment par l'augmentation des volumes consommés de quelques

classes de dispositifs, liées aux maladies respiratoires, aux troubles de la glycémie, à la nutrition et aux pansements.

À l'hôpital, les dépenses augmentent également : +3,1 % en moyenne entre 2014 et 2018, du fait de certains dispositifs médicaux implantables, financés en sus des tarifs d'hospitalisation, et des dispositifs médicaux stériles, financés par les tarifs d'hospitalisation.

Améliorer l'efficacité de notre système de santé

Évolution de la dépense de dispositifs médicaux



Source : Cour des comptes

Des objectifs d'économies non atteints

Les cibles d'économies annuelles, fixées dans le cadre la loi de financement de la sécurité sociale, ont augmenté fortement : de 50 M€ en 2015 à 280 M€ en 2019 et en 2020. Mais, depuis 2019, le comité économique des produits de santé (CEPS), instance interministérielle chargée de négocier les prix des

dispositifs, connaît des difficultés croissantes à atteindre les cibles d'économies relatives aux dispositifs prescrits en ville.

Les objectifs, portés par l'assurance maladie, de réduction des volumes n'ont représenté qu'un quart de l'effort d'économies attendu globalement. À l'exception de l'année 2017, les résultats obtenus sont restés en-deçà des objectifs.

Objectifs annuels d'économies et économies annuelles réalisées sur les dispositifs médicaux (2015-2019)

M€	2015	2016	2017	2018	2019
CEPS : objectifs de baisses de prix	50	70	90	140	200
Économies réalisées	47	46	71	140	172
Assurance maladie : objectifs de maîtrise médicalisée	-	-	40	40	75
Économies réalisées	-	-	131	0	22
Total des objectifs	50	70	130	180	275
Économies réalisées	47	46	202	140	194
Taux d'atteinte	94 %	66 %	155 %	78 %	71 %

Source : Cour des comptes

Améliorer l'efficacité de notre système de santé

Des actions de maîtrise par l'assurance maladie à renforcer

Un net renforcement de l'intensité des actions de « maîtrise médicalisée » des volumes apparaît donc indispensable, parallèlement à l'accentuation des baisses de prix.

Pour être pleinement efficaces, les efforts demandés aux multiples parties prenantes du secteur (fabricants,

distributeurs, prestataires de service, prescripteurs...) gagneraient à être inscrits dans un cadre pluriannuel. Le ministère chargé de la santé et des affaires sociales doit également gérer de manière plus active les différentes listes de dispositifs inscrits au remboursement. Les établissements de santé doivent enfin poursuivre leur effort pour optimiser leurs achats de dispositifs médicaux.

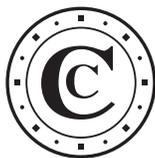
Recommandations

13. Approfondir la connaissance par les pouvoirs publics du secteur, à travers notamment l'amélioration de l'exhaustivité des statistiques de consommation de dispositifs médicaux et de la dynamique de la dépense (*ministères chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la cohésion sociale, Cnam, Atih*).

14. Établir une trajectoire pluriannuelle d'évolution des dépenses de dispositifs médicaux, déclinée à travers un plan de révision des nomenclatures et de réduction de la liste « en sus » articulés avec des objectifs de baisses tarifaires (*ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé*).

15. Élaborer une stratégie pluriannuelle de structuration et de professionnalisation des achats de dispositifs médicaux assortie d'outils méthodologiques à destination des établissements de santé leur permettant d'obtenir des réductions de prix lors des négociations (*ministère chargé de la santé*).

16. Mobiliser l'ensemble des outils de gestion du risque, en les associant à des objectifs rehaussés d'économies dans les dépenses de dispositifs médicaux en ville et à l'hôpital (*Cnam*).



3 Mieux cibler certaines dépenses de solidarité

VII - Harmoniser, simplifier et mieux gérer les minima de pension

La plupart des régimes de retraite comportent des mécanismes de solidarité interne, dits de minima de pension, dont l'objectif est de porter à un montant minimum la pension servie à certains de leurs assurés, sous certaines conditions. Ils sont contributifs (l'assuré doit avoir cotisé durant l'équivalent d'une carrière complète, c'est-à-dire sans décote) et ont pour but d'intervenir en amont du filet de sécurité général constitué par le « minimum vieillesse ».

Les minima : un complément significatif pour les petites retraites

Les minima de pension concernent environ un nouveau retraité sur cinq. Le montant de pension supplémentaire versé à ce titre était estimé à 8,7 Md€ en 2018. La majoration de pension liée aux minima représente pour les nouveaux retraités qui en bénéficient de l'ordre de 130 euros par mois en moyenne, que ce soit pour les assurés du régime général ou pour les fonctionnaires (hors militaires). Le montant moyen du minimum de pension servi par la mutualité sociale agricole est plus faible, environ 80 euros.

Les minima rapprochent les montants des pensions de leurs bénéficiaires de ceux des autres retraités. Pour les nouveaux retraités du régime général en 2018, le rapport entre la pension moyenne des bénéficiaires du minimum contributif et celle des autres nouveaux retraités était d'environ 70 % ; il aurait été d'environ 50 % sans le minimum contributif. Les bénéficiaires de minima de pension avaient en 2016 une pension totale tous régimes confondus inférieure en moyenne de 38 % à celle des autres retraités, l'écart étant du même ordre de grandeur pour les femmes et pour les hommes.

Pour bénéficier du minimum du régime général, la somme mensuelle totale des pensions de base et complémentaire, après prise en compte des différents minima servis par ces régimes, ne doit pas dépasser un seuil d'écrêtement légèrement inférieur au smic net mensuel, soit 1 191,56 euros par mois au 1^{er} janvier 2020. Si ce montant est dépassé, le minimum est écrêté en proportion. Ce mécanisme d'écrêtement s'applique également au minimum agricole mais avec un plafond plus faible (871,27 euros). Il n'est en pratique pas appliqué aux fonctionnaires.

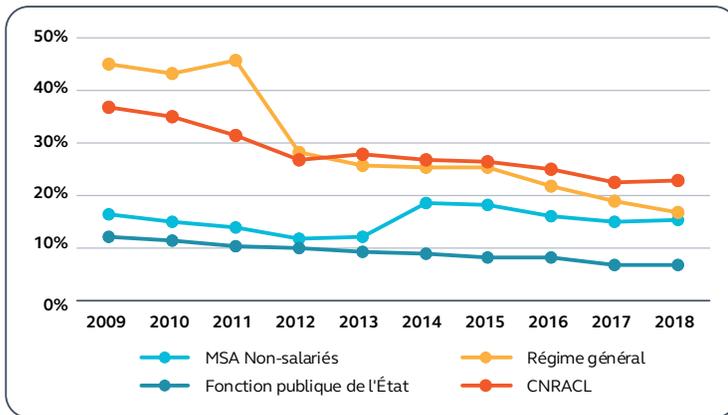
Mieux cibler certaines dépenses de solidarité

Une évolution des caractéristiques des bénéficiaires

L'institution, en 2012, de la règle d'écrêtement a réduit la part des nouveaux retraités dont la pension

est portée au minimum contributif du régime général (Mico) : la proportion des personnes dont une pension est portée à un minimum est ainsi passée de 43 % en 2008 à 24 % en 2012 puis à 18 % en 2016.

Part des pensions élevées au minimum dans les liquidations de l'année



Source : Cour des comptes, d'après les données des régimes

Le minimum contributif ne garantit plus pour les générations qui partent actuellement à la retraite que la pension totale servie à un retraité ayant eu une carrière complète au Smic soit égal à 85 % du Smic, qui était l'objectif initialement poursuivi. Il bénéficie aujourd'hui principalement à des personnes ayant des carrières à temps partiel ou incomplètes. Il ne garantit pas que le niveau des pensions servies soit, dans tous les cas, supérieur au minimum vieillesse : lorsque la pension de base, minimum contributif compris, et augmentée de la retraite complémentaire, est inférieure au minimum vieillesse, le minimum vieillesse peut être versé en complément en l'absence d'autres ressources du ménage. Ainsi, en 2016, 9 % des retraités bénéficiaires d'un

minimum de pension dans leur régime principal percevaient également le minimum vieillesse. Parmi les retraités au minimum vieillesse, 67,4 % étaient bénéficiaires d'un minimum de pension dans leur régime principal (dont 78,3 % parmi les femmes et 59,4 % parmi les hommes).

Des écarts de règles injustifiés entre régimes et des dysfonctionnements de gestion pénalisants

Les minima de pension obéissent à des règles complexes, différentes d'un régime à l'autre.

Les conditions d'éligibilité des trois principaux dispositifs, le minimum contributif pour le régime général (Mico), le minimum garanti (Miga) pour les fonctionnaires et la pension

Mieux cibler certaines dépenses de solidarité

minimale de référence (PMR) pour les exploitants agricoles ont été progressivement rapprochées, mais cette harmonisation reste incomplète et des différences significatives subsistent entre eux. La règle d'écrêtement, qui suppose de connaître le montant des pensions perçu dans chacun des régimes crée une importante interdépendance entre régimes. Cela conduit à ce qu'en pratique, au 31 décembre 2018, en raison d'insuffisances de coordination entre régimes de retraite, près d'un demi-million de personnes ayant pris leur retraite et éligibles potentiellement au Mico servi par le régime général voient leur dossier

rester durablement en attente de règlement définitif, situation susceptible de priver certains de ce complément de revenu. La Cour souligne par ailleurs la situation peu équitable qui résulte de l'absence d'application par les régimes de retraite de la fonction publique de la règle d'écrêtement, à laquelle ils sont pourtant soumis par la loi.

Au total, la Cour estime que la pérennité des dispositifs de minima de pension exige une clarification des objectifs qui leur sont assignés et une remise en ordre rapide de leur gestion.

Recommandations

17. Mettre en application les dispositions de la loi du 9 novembre 2010 soumettant le Miga à des conditions de subsidiarité et d'écrêtement.

18. Harmoniser le traitement des différents minima de pension au regard de la surcote et de la réversion.

19. Résorber le stock des dossiers en attente de calcul définitif du Mico.

20. Améliorer l'information sur les dispositifs de minima en renforçant la communication pour les assurés ne liquidant pas leur pension à taux plein.

Mieux cibler certaines dépenses de solidarité

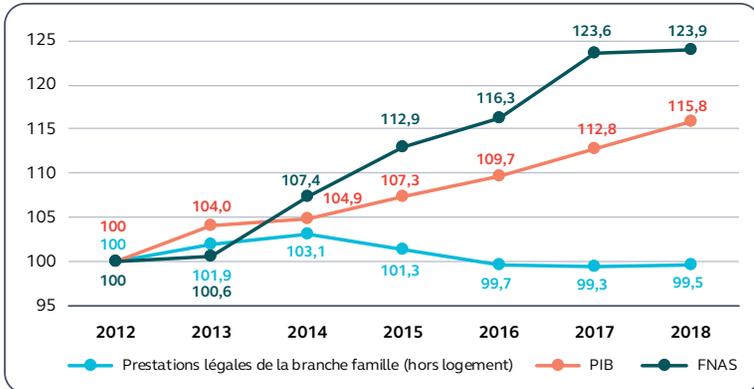
VIII - Augmenter l'impact des dépenses d'action sociale de la branche famille

Au côté des prestations familiales, qui constituent des droits pour les allocataires de la branche famille, opposables et garantis par la législation, les caisses d'allocation familiales (Caf) apportent un soutien financier et technique au développement de services et d'équipements destinés aux familles (crèches, centres de loisir, etc.). L'action sociale s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire relativement souple, qui permet un large spectre d'interventions : l'action en

faveur de la petite enfance, le soutien aux familles et à la fonction parentale, la prévention des exclusions, l'appui aux jeunes adultes, le temps libre et les vacances des enfants et des familles.

Les dépenses d'action sociale ont été fortement sollicitées à partir de 2012, passant de 4,7 Md€ à 5,8 Md€ en 2018 (+1,1 Md€), soit une progression nettement plus rapide que celle des dépenses de prestations familiales dont l'évolution a été stabilisée. Elles visent notamment à faciliter l'accès des familles aux modes de garde collectifs en vue de favoriser l'emploi des mères d'enfants en bas âge.

Évolution nominale des dépenses du Fonds national d'action sociale (Fnas), des prestations familiales légales (hors logement) et du PIB (base 100 en 2012)



Source : Cour des comptes

Mieux cibler certaines dépenses de solidarité

Deux grands secteurs concentrent ainsi 82 % des dépenses en 2018 : l'accueil des jeunes enfants de 0 à 6 ans représente 60 % des dépenses et celui du temps libre des enfants et de la famille en représente 22 %.

Des aides fortement redistributives

Les Caf viennent, en complément de la participation des familles, financer au moins deux tiers du prix de revient horaire des crèches. Pour bénéficier de ce financement, les établissements doivent appliquer le barème national des participations familiales, qui est fortement modulé selon les ressources des familles et qui varie selon le nombre d'enfants à charge. Ce système favorise ainsi une redistribution vers les familles les moins aisées.

L'effet redistributif de l'action sociale de la branche famille sur les restes à charge en crèche

Le reste à charge des familles ayant un enfant dans une crèche financée par l'action sociale de la branche famille est fonction du niveau de revenu. En 2019, pour un couple biactif disposant d'un revenu équivalent à deux Smic et ayant un enfant de moins de 3 ans à charge, le coût de la garde en établissement d'accueil de jeunes enfants (1 553 € par mois) est financé à hauteur de 46 % par les collectivités locales, de 39 % par la Caf et de 6 % par l'État, le reste à charge s'élevant à 9 % (138 € par mois) pour la famille. Pour un parent isolé ou un couple biactif disposant d'un revenu équivalent à un Smic, le reste à charge est de 4 % (58 € par mois) et le financement de la Caf représente 47 %. En revanche, pour un couple disposant d'un revenu équivalent à six Smic, le reste à charge est de 27 % (soit 423 € par mois) et le financement de la Caf représente 21 %.

Cependant, malgré des progrès notables de l'organisation de la gestion de l'action sociale, la branche famille peine à trouver les leviers pour assurer plus d'efficacité à ses actions en faveur des familles.

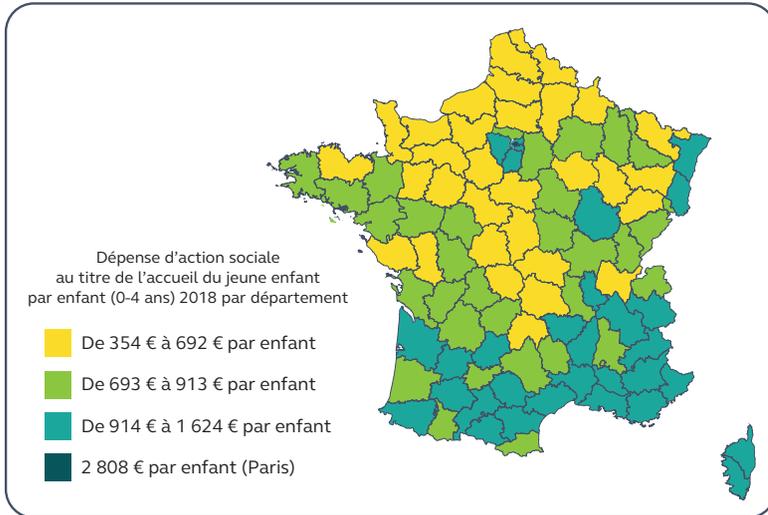
Des résultats en deçà des objectifs

En dépit de l'augmentation des financements, la branche n'a pu atteindre l'objectif de création de places en crèche fixé, entre 2013 et 2017, à 100 000 solutions nouvelles d'accueil en crèche. Seulement 62 500 solutions nettes d'accueil collectif supplémentaires ont été proposées, soit un taux de réalisation de 63 %.

La branche famille n'est pas non plus arrivée à corriger les inégalités territoriales, ce qui était un des objectifs qui lui étaient fixés. La part des créations de places dans les territoires les moins bien dotés reste insuffisante, faute notamment d'évaluation fine des besoins et d'instruments juridiques permettant de réguler localement les créations des divers types de structures d'accueil.

Mieux cibler certaines dépenses de solidarité

Les aides au titre de l'accueil des jeunes enfants en 2018
(par enfant par département)



Source : Cour des comptes

Les dépenses d'action sociale relatives à l'accueil des jeunes enfants rapportées à la population des 0-4 ans varient beaucoup selon le département. Quatre départements ont, en 2018, une dépense moyenne supérieure à 1 400 € par enfant, dont Paris (2 808 €) et les Hauts-de-Seine (1 624 €) pour les dépenses les plus élevées, et 34 départements une dépense inférieure à 700 €, dont la Mayenne (388 €) et l'Aisne (354 €) pour les dépenses les plus faibles. La dépense médiane par enfant (0-4 ans) au titre de l'accueil des jeunes enfants est passée de 567 € en 2013 à 791 € en 2018. Toutefois l'écart absolu à

la médiane s'est accru entre 2013 et 2018 pour la plupart des Caf des deux extrémités de l'échelle.

Enfin, en raison des réformes des rythmes scolaires, la branche famille est de plus en plus présente dans le financement des offres d'accueil périscolaires et d'accompagnement scolaire. Ces dépenses représentent 1 Md€ par an, soit plus de 15 % des dépenses d'action sociale. L'intervention de la branche famille contribue à la confusion découlant du nombre de programmes de soutien éducatif. Ses financements sont versés sans ciblage particulier des territoires ou des publics.

Mieux cibler certaines dépenses de solidarité

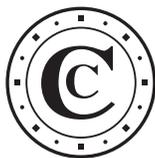
Recommandations

21. Mesurer plus finement par territoire les besoins de garde des familles pour mieux orienter les financements.

22. Doter la Caf et la collectivité locale concernée d'un pouvoir d'autorisation pour l'installation de tout établissement d'accueil de jeunes enfants.

23. Engager un programme d'évaluation des différents dispositifs d'action sociale.

24. Réduire l'intervention de la branche famille dans les dispositifs d'accompagnement scolaire.



4 Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

IX - Réduire le montant des erreurs affectant le versement des prestations sociales

Dans le cadre de la certification des quatre branches (maladie, AT-MP⁵, famille et vieillesse) du régime général, la Cour examine chaque année le degré de conformité des prestations sociales versées aux règles de droit applicables. L'enjeu financier est considérable : en 2019, 403 Md€ de prestations légales ont été versées à plus de 60 millions de bénéficiaires.

Au moins 5 Md€ d'erreurs du fait des bénéficiaires des prestations ou des caisses

Pour l'exercice 2019, la Cour a recensé au moins 5 Md€ d'erreurs à caractère définitif, toutes branches confondues. Il s'agit d'un montant en valeur absolue, qui additionne sans les compenser les erreurs favorables et défavorables aux bénéficiaires des prestations.

Ces erreurs sont de plusieurs natures. Elles peuvent provenir des données déclarées par les bénéficiaires des prestations ; si les erreurs ont un caractère intentionnel, il s'agit de fraudes⁶. Elles peuvent aussi résulter d'erreurs de traitement des données par les caisses elles-mêmes.

Pour une part, les erreurs correspondent à des trop-versés au détriment des finances publiques. C'est le cas de 90 % du montant des erreurs résultant des données déclarées pour le versement des prestations de la branche famille, de 90 % de celles liées aux facturations des professionnels libéraux de santé et des établissements privés lucratifs et de 60 % de celles liées aux indemnités journalières. Pour une autre, elles correspondent à des insuffisances de versement, en défaveur des bénéficiaires des prestations ; c'est le cas des deux tiers du montant des erreurs affectant les attributions de pensions de retraite.

⁵ Accidents du travail - maladies professionnelles.

⁶ Sur la fraude et les autres irrégularités liées aux données prises en compte pour attribuer les prestations, voir Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », septembre 2020.

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

Erreurs définitives affectant les prestations versées par les caisses du régime général de sécurité sociale

Domaine	Fréquences des erreurs (en % du nombre de prestations)	Portée financière des erreurs (en agréant les erreurs en faveur et au détriment des bénéficiaires des prestations)	
		En Md€	En % du montant des prestations
Branche famille		3,3*	
Erreurs liées aux données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations (non corrigées 24 mois après leur versement en 2018**)	-	3,3	4,9 %
Erreurs portant sur des opérations effectuées par les Caf en 2019 (non corrigées 6 mois après le versement)	4,9 %	1,2	1,65 %
Branches maladie et AT-MP		1,4	
Erreurs affectant le règlement des frais de santé par l'assurance maladie en 2019	7,5 %	1,0	1,3 %
Erreurs affectant les indemnités journalières nouvellement attribuées en 2019	10,0 %	0,4	3,0 %
Branche vieillesse		0,3	
Erreurs affectant les retraites versées en 2019 au titre d'une attribution entre 2012 et 2019	-	0,3	0,3 %
Total		5,0	

* Ce sous-total est calculé comme le montant le plus élevé des deux indicateurs de la branche famille, dans la mesure où une partie des erreurs commises par les Caf portent sur des données elles-mêmes erronées. Il s'agit donc d'un minorant par rapport au montant total des erreurs.

** Les indus non liés à des fraudes sont prescrits au bout de 24 mois.

Source : Cour des comptes (rapport de certification des comptes 2019 du régime général)

Des erreurs en augmentation

Les erreurs ont nettement augmenté ces dernières années.

Entre 2016 et 2019, la proportion de prestations de retraite affectées par une erreur de portée financière est passée de 11,5 % à 15,3 %. Leur incidence financière a doublé, passant de 0,9 % à 1,8 % du montant des prestations nouvellement attribuées. Pour la branche famille, la portée financière des erreurs définitives⁷ sur les

prestations versées liées aux données déclarées par les allocataires a atteint 3,3 Md€ en 2018, contre 2,0 Md€ en 2014. Le montant des erreurs liées aux propres opérations des Caf (non corrigées à 6 mois) est passé de 1,0 à 1,2 Md€ entre 2016 et 2019.

Le montant des erreurs affectant les actes, prestations et biens facturés par les professionnels et les établissements de santé, soit 1 Md€ en 2019, est quant à lui nettement sous-estimé.

⁷ Non corrigées au bout de 24 mois.

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

Réduire les saisies manuelles et acquérir les données auprès de tiers aux bénéficiaires des prestations

Il convient de développer la dématérialisation des déclarations des bénéficiaires des prestations et des processus de gestion internes aux caisses afin de réduire les erreurs liées aux saisies manuelles effectuées par ces dernières. Pour les Caf, la dématérialisation des déclarations et des pièces justificatives a nettement progressé, pour atteindre 50 % en 2019. Néanmoins, en 2019, seulement 24 % des pièces transmises par les allocataires des Caf donnaient lieu à une liquidation automatisée.

Chaque fois que cela est possible, la fourniture par des tiers de confiance des données nécessaires au versement des prestations doit être préférée aux déclarations adressées par les bénéficiaires des prestations eux-mêmes. À compter du 1^{er} janvier 2021, la branche famille fera reposer les aides au logement sur des données de ressources transmises par les employeurs de salariés, les autres organismes sociaux et la DGFIP. Elle étendra ensuite ce système à la prime d'activité, puis au RSA et aux autres prestations. Le calendrier de ces extensions n'est cependant pas arrêté.

L'assurance maladie doit désormais proposer rapidement aux professionnels et aux établissements de santé des solutions de dématérialisation des prescriptions médicales, qui éliminent une partie des risques d'écarts injustifiés entre les facturations d'actes, de prestations et de biens de santé et les ordonnances en étant en principe à l'origine.

Intensifier les contrôles et y affecter plus de moyens

Aujourd'hui trop limités, les contrôles automatisés de cohérence des données prises en compte pour le versement des prestations doivent être systématisés, afin de bloquer *a priori* les erreurs. En particulier, l'assurance maladie doit déployer des contrôles automatisés qui empêchent *a priori* les règlements aux professionnels et aux établissements en tiers payant au titre de données facturées non conformes aux nomenclatures tarifaires en vigueur.

Pour l'ensemble des branches de sécurité sociale, un rapprochement automatisé systématique des coordonnées bancaires des bénéficiaires avec le fichier des comptes bancaires de la DGFIP devrait être effectué.

Par ailleurs, les opérations manuelles réalisées par les agents des caisses doivent faire l'objet de contrôles internes *a priori* plus efficaces, alors que ces contrôles sont souvent facultatifs ou partiels et que les caisses de sécurité sociale ne procèdent pas systématiquement aux corrections nécessaires à la suite de la détection d'erreurs.

Enfin, les contrôles *a posteriori* sur pièces et sur place doivent être renforcés. La facturation d'actes de soins fictifs à la branche maladie, l'inexactitude des déclarations de ressources ou de situation conjugale pour le versement des prestations par la branche famille ou la résidence effective en France ne sont pas assez contrôlées. Le renforcement de ces contrôles nécessite que les caisses y consacrent plus de moyens humains.

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

X - Apporter les évolutions nécessaires aux réseaux de caisses des branches de prestations du régime général pour améliorer la qualité de la gestion tout en maîtrisant les coûts

Les missions des quatre branches (maladie, AT-MP, famille et vieillesse) du régime général de sécurité sociale sont mises en œuvre par 223 caisses locales, composées de 118 000 agents en 2018 et pilotées par trois établissements publics nationaux :

la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

Les principales catégories de caisses sont les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM – 101 caisses en 2018) pour les branches maladie et AT-MP, les caisses d'allocations familiales (Caf – 99 caisses) pour la branche famille et les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) pour les branches vieillesse, maladie et AT-MP.

Les réseaux de caisses des branches de prestations

Niveau national	Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)	dont services centraux du service médical	Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
Niveau régional (ou interdépartemental)	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Deux caisses distinctes en Île-de-France (CNAV pour la retraite et CRAMIF pour AT-MP et maladie)		Direction régionale du service médical (DRSM), service déconcentré du service médical de la CNAM	
			Délégation de la coordination et de la gestion du risque (DCGDR, dont le directeur est l'un des directeurs de la CPAM du chef-lieu de la région ou le médecin conseil régional)	Comité régional des directeurs de CAF, instance d'échanges et de coopération
Niveau départemental (ou infra-départemental)		Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)	Échelon local du service médical de la CNAM (sous l'autorité de la DRSM)	Caisse d'allocations familiales (CAF)
	Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion - Caisse de sécurité sociale : Mayotte, Structures qui recouvrent les prélèvements sociaux			

Note : par exception la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère gère l'assurance maladie, les prestations familiales et recouvre les prélèvements sociaux

Source : Cour des comptes

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

L'absence d'adaptations récentes des réseaux des caisses

Au cours de la période récente, une part croissante des activités des caisses locales a été mutualisée : missions nationales assurées par certaines caisses locales, services d'entraide temporaire entre caisses ou mutualisations permanentes d'activités entre caisses. Dans la branche maladie, la part des effectifs mutualisés a plus que doublé depuis 2015 pour atteindre près de 18 % en 2019. Cette part a quadruplé dans la branche vieillesse sur la même période (9 % en 2019).

L'extension des mutualisations a permis de limiter les écarts grandissants de niveaux d'activité entre caisses. Mais elle n'a qu'en partie remédié aux écarts excessifs de taille et de résultats opérationnels.

Les Caf et les CPAM, tout particulièrement, gèrent des populations d'assurés et d'allocataires de taille très variable : un quart de l'activité se concentre dans quelques très grandes caisses, mais un autre quart est assuré par un grand nombre de petites caisses : 54 CPAM, 55 Caf et cinq Carsat. Les réseaux territoriaux des branches du régime général n'ont en effet pas été adaptés à l'évolution différenciée de la population selon les territoires. Entre 2014 et 2018, la réduction du nombre de sites physiques au sein des caisses a surtout concerné les points d'accueil du public, mais très peu leurs services administratifs. Une seule fusion de caisses est intervenue depuis 2015.

Cette stabilité territoriale s'explique essentiellement par les obstacles apportés à la mobilité géographique

des agents, notamment par les protocoles d'accord qui ont accompagné les dernières opérations importantes de fusions au sein des branches famille et maladie en 2010-2011.

Une organisation territoriale insuffisamment efficace

En moyenne, les coûts unitaires de production des plus petites caisses, situées dans les agglomérations de petite ou de moyenne taille, sont plus élevées. Les petites unités sont moins à même de spécialiser des collaborateurs et sont plus vulnérables aux absences. Elles ont souvent un taux d'encadrement plus élevé. Les fonctions support incompressibles y ont généralement un poids plus élevé.

À l'inverse, certaines caisses de grande taille sont confrontées à d'autres types de difficultés. En particulier, les CPAM d'Île-de-France et du Rhône peinent à atteindre les objectifs qui leur sont fixés par la Cnam et quatre des plus grandes Caf ont des délais de traitement supérieurs à la cible nationale. Ces caisses ont des coûts de coordination interne plus importants et le taux de rotation parfois élevé des agents, s'agissant notamment des plateformes téléphoniques, peut avoir des effets déstabilisants, les caisses devant reconstituer continûment leur capacité de production.

L'organisation actuelle des réseaux en un grand nombre de caisses et de sites n'assure pas l'usage le plus efficace des moyens humains de la sécurité sociale. Dans les départements peu peuplés, des fusions de caisses apparaissent indispensables. À cet égard, la création de caisses communes Caf-CPAM au sein de mêmes départements semble

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

devoir être réservée à des situations particulières. En revanche, il convient de privilégier la mise en place de Caf et de CPAM interdépartementales afin de procurer une masse critique d'activités aux caisses maintenues.

Rapprocher le service social et le service médical de l'assurance maladie des caisses de base

Enfin, de manière plus spécifique, l'organisation d'une partie des activités de l'assurance maladie devrait être revue. Le service social, qui relève aujourd'hui des Carsat, et les échelons locaux du service

médical de l'assurance maladie, qui sont un service déconcentré de la Cnam, devraient être rattachés aux différentes CPAM. L'ensemble des activités relatives aux risques professionnels effectuées en Carsat devraient également être rattachées aux CPAM, les caisses primaires assurant déjà la reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ces évolutions favoriseraient une plus grande efficacité de l'assurance maladie à l'égard des professionnels de santé comme des assurés, notamment pour la prévention des risques de désinsertion professionnelle.

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

Recommandations

25. Redéfinir les missions exercées par l'ensemble des caisses de sécurité sociale, en les spécialisant sur la gestion d'un nombre plus limité de processus, la mise en œuvre de partenariats locaux et la proposition d'évolutions des outils et procédures de gestion (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).

26. Resserrer les réseaux de caisses locales en créant, notamment dans les territoires peu peuplés, des caisses interdépartementales par branche, ou exceptionnellement des caisses départementales interbranches, et redistribuer plus fortement les activités des caisses de grande taille dont la qualité de service est dégradée vers celles affichant des performances satisfaisantes (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).

27. Mener à leur terme les transferts à d'autres caisses des processus de gestion propres à certains droits et prestations, en transférant également aux caisses délégataires le contrôle, le paiement et la comptabilisation des opérations qui s'y rapportent (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).

28. Afin d'amplifier les synergies, rattacher le service social de l'assurance maladie à l'ensemble des CPAM et les services de tarification et de prévention des AT-MP à la CPAM du chef-lieu de région, ce qui conduira à faire des Carsat des caisses compétentes uniquement pour la retraite (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam et Cnav*) ;

29. Fixer, à l'instar des conseils des CPAM, une liste limitative d'attributions pour les conseils d'administration des Caf, Carsat et CGSS et, pour l'ensemble des conseils, des listes limitatives de commissions (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

30. Définir un socle obligatoire de coopérations interbranches nationales et locales, couvrant notamment les fonctions support, la mesure de la productivité et le déploiement d'outils communs de gestion de la relation client afin de promouvoir des parcours communs pour les assurés et allocataires (*ministère chargé de la sécurité sociale et caisses nationales du régime général*).

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

XI - Sécuriser l'extension du champ de compétence des Urssaf et moderniser la gestion de la collecte des prélèvements sociaux

Le réseau des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) a collecté en 2019 près de 360 Md€ de prélèvements sociaux, soit environ 75 % des prélèvements affectés au financement de la protection sociale légalement obligatoire.

Il se compose d'un établissement public national, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), et de 27 organismes locaux dotés de la personnalité juridique : 22 Urssaf métropolitaines, 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en outre-mer et la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Un collecteur quasi-exclusif des prélèvements sociaux

Entre 2018 et 2023, le réseau des Urssaf doit prendre en charge la collecte annuelle de 110 Md€ de prélèvements supplémentaires.

Pour l'essentiel, resteront en 2023 en dehors de son champ de compétence les prélèvements collectés par la Mutualité sociale agricole (MSA) et les cotisations de retraite des professions libérales réglementées, soit seulement 5 % environ des prélèvements sociaux.

Le transfert de la collecte des cotisations de retraite complémentaire : une opération risquée

Le transfert d'ici 2022 de la collecte des cotisations de retraite complémentaire

obligatoire des salariés (Agirc-Arrco) est le plus important sur le plan financier (69 Md€ en 2019). C'est aussi le plus risqué.

Afin d'assurer l'exactitude des droits des salariés aux retraites complémentaires, l'Agirc-Arrco recalcule pour chaque salarié les montants de cotisations dus par les employeurs à partir des données de salaires déclarées par salarié. En revanche, la collecte des cotisations par les Urssaf repose essentiellement sur l'exploitation des données agrégées déclarées par établissement d'entreprise par les employeurs, et non sur l'exploitation des données déclarées par salarié.

Les Urssaf et l'Agirc-Arrco entendent contourner cette difficulté en mettant en place une organisation duale entre leurs deux réseaux et des échanges informatiques. Or, ce dispositif présente des risques de dysfonctionnements analogues au précédent de l'interlocuteur social unique (Isu) entre l'ex-RSI et les Urssaf.

Quitte à retarder le transfert de collecte, une organisation unifiée autour des Urssaf devrait être privilégiée, ce qui suppose que leur système d'information leur permette de recouvrer les cotisations auprès des entreprises de manière individualisée au titre de chaque salarié. Le calcul des cotisations par salarié doit en effet être impérativement préservé.

Une gestion à améliorer

L'extension de leur champ d'intervention ne doit pas détourner les Urssaf des autres chantiers nécessaires à l'amélioration leur gestion.

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

La performance du réseau des Urssaf reste pénalisée la situation du recouvrement en Outre-mer : avec 1,8 % des cotisations et contributions sociales, les organismes ultra-marins concentraient 22 % du stock total de créances fin 2019 (tous types de cotisants confondus) et 43 % du stock de créances prescrites fin 2019. Malgré de nets progrès, le retour à la normale de la collecte des prélèvements des artisans-commerçants, après les dysfonctionnements majeurs de l'Isu, n'est pas encore achevé.

Lancé depuis plus de dix ans, le projet de refonte du système d'information cœur de métier reste à achever. La livraison de certains modules, contrairement au calendrier initial, n'interviendra qu'après 2022.

L'organisation territoriale du réseau des Urssaf n'a pas encore tiré pleinement parti des potentialités offertes par sa régionalisation intervenue entre 2012 et 2014. Le nombre de sites de production n'a été réduit qu'à la marge, de 149 à 140 entre 2014 et 2019 ; 20 % des sites comptaient moins de 40 ETP en 2018. Cette organisation ne permet pas l'emploi le plus efficace des moyens humains et des locaux et complique le pilotage des activités par les responsables régionaux, malgré les outils de communication à distance.

Des déclarations sociales nominatives à mieux utiliser

Les Urssaf ont pour mission de s'assurer que les cotisants produisent les déclarations auxquelles ils sont tenus et qu'ils y déclarent la totalité des assiettes de prélèvements dont ils sont redevables.

Afin d'améliorer l'exhaustivité des sommes déclarées spontanément par les cotisants, les Urssaf gagneraient à améliorer le service qu'elles leur rendent, en simplifiant et en fiablesant les procédures déclaratives. Elles pourraient ainsi redéployer des moyens pour accroître les contrôles sur pièces et sur place qui visent à détecter le travail dissimulé.

À cet égard, afin de renforcer l'accompagnement des employeurs dans leurs déclarations, les Urssaf doivent intensifier les contrôles automatisés de cohérence des données qu'ils transmettent dans les déclarations sociales nominatives mensuelles (DSN) et leur communiquer en temps réel le plus grand nombre d'erreurs détectées.

Or, trois ans après que la DSN ait été généralisée à tous les employeurs du secteur privé, les Urssaf ne réalisent de contrôles automatisés de cohérence à grande échelle que sur les données agrégées déclarées par établissement. Ceux portant sur les données individuelles par salarié, pourtant déclarées par les employeurs dans la même déclaration mensuelle que les données agrégées, restent à ce stade embryonnaires.

Fiabiliser les données déclarées par salarié est indispensable afin de garantir que les assiettes salariales de cotisations ne sont pas moins élevées que les assiettes salariales qui ouvrent les droits des assurés sociaux aux prestations monétaires. Aujourd'hui, cette garantie est apportée par l'Agirc-Arrco pour les retraites complémentaires, mais pas pour les retraites de base, les indemnités journalières et les allocations chômage.

Faire progresser l'efficacité et la qualité de la gestion

Une fois acquise, la fiabilisation des données déclarées par salarié permettrait aussi de simplifier les obligations déclaratives des employeurs, en supprimant la transmission de données agrégées par établissement.

Recommandations

31. Sécuriser l'organisation cible pour le transfert de la collecte des cotisations de retraite complémentaire des salariés aux Urssaf, tout en préservant le recalcul des cotisations par salarié (*ministère chargé de la sécurité sociale, Acoiss, Agirc-Arrco*).

32. Déployer des contrôles automatisés à grande échelle, dès leur réception, des données de la déclaration sociale nominative transmises par salarié (*Acoiss*).

33. Engager les travaux informatiques nécessaires à la collecte des prélèvements sociaux sur le seul fondement

des données de la déclaration sociale nominative transmises par salarié (*Acoiss*).

34. Améliorer les informations en ligne et la qualité et le délai moyen de réponse aux cotisants pour l'ensemble des canaux de contact (*Acoiss*).

35. Accroître significativement la part des inspecteurs du recouvrement spécifiquement affectés aux actions de lutte contre le travail illégal (*Acoiss*) (recommandation réitérée).

36. Réexaminer la pertinence du maintien d'activités de production dans chaque département (*Acoiss*).